This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

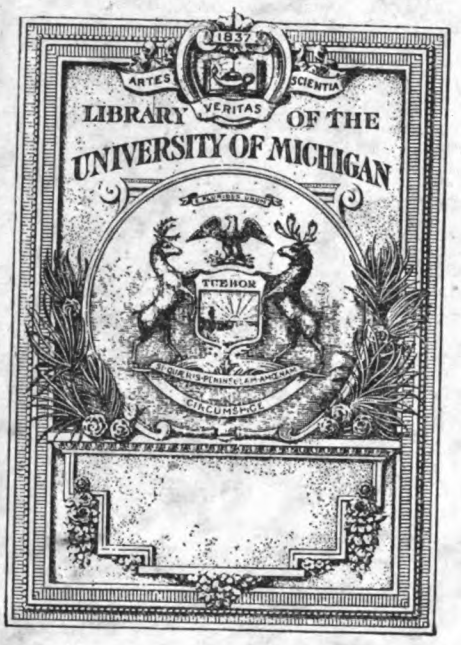
+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

B 3 9015 00211 585 8
University of Michigan – BUHR

Digitized by Google



Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

610.5
R46
G3
C6

Digitized by Google

Digitized by Google

REVUE GÉNÉRALE

DE

CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

TOME V. — ANNÉE 1891

Digitized by Google

PARIS. — IMPRIMERIE CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

REVUE GÉNÉRALE

DE

CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : **M. Henri HUCHARD**, Médecin de l'hôpital Bichat

RÉDACTEUR EN CHEF : **M. Charles ELOY**, Ancien interne des hôpitaux.

COMITÉ DE RÉDACTION : **MM. E. BARIÉ, BROCQ, DUCASTEL, Charles MAURIAC**, et **Alex. RENAULT**, Médecins des hôpitaux; **SCHWARTZ**, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Cochin; **Paul BAR**, Accoucheur de l'hôpital Saint-Louis; **DEMELIN**, Ancien interne des hôpitaux de Paris **RIEFFEL**, Prosecteur à la Faculté de Médecine de Paris; **BECLÈRE**, Ancien interne des hôpitaux.

Avec la Collaboration de :

MM. CADET DE GASSICOURT et SEVESTRE, médecins de l'hôpital Trousseau, d'HEILLY et DESCROIZILLES, médecins de l'hôpital des Enfants malades, et HENRI GILLET, ancien interne des hôpitaux de Paris, pour les *maladies des enfants;* — LIÉGEOIS (de Bainville-aux-Saules), pour la *thérapeutique;* — DEHENNE, pour l'*ophthalmologie;* — GOUGUENHEIM, médecin de l'hôpital Lariboisière, pour la *laryngologie*, et LUC, ancien interne des hôpitaux de Paris, pour les *maladies du nez, des oreilles et du larynx;* — PICQUÉ, chirurgien des hôpitaux de Paris, pour la chirurgie et pour les *maladies des organes génito-urinaires;* CHARPENTIER, médecin de l'hospice de Bicêtre, pour les *affections mentales;* — CÉNAS, médecin des hôpitaux de Saint-Etienne, pour la *médecine légale;* — COURTADE, ancien interne des hôpitaux de Paris, pour *l'électrothérapie.*

De MM. les Docteurs COUPARD et ROUX, de MM. les Docteurs BERNE, MARCIGUEY, MÉRIGOT DE TREIGNY et WEBER, anciens internes des hôpitaux de Paris; POTHERAT, prosecteur des hôpitaux, et TOURNIER, interne des hôpitaux de Paris.

(Voir au verso les noms des Collaborateurs des Départements)

TOME V. — ANNÉE 1891

RÉDACTION ET ADMINISTRATION, 66, RUE DE PONTHIEU

ABONNEMENTS : Un an { France..... 12 fr. / Etranger (union postale).. 15 fr.

Les abonnement partent du 1er janvier au 1er juillet.

Digitized by Google

COLLABORATEURS DES DÉPARTEMENTS

Latil, ancien interne des hôpitaux de Paris, à Aix.
Thiébaut, professeur-suppléant à l'Ecole d'Alger.
Cochez, médecin-adjoint à l'hôpital d'Alger.
Dezanneau, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole d'Angers.
Farges, professeur de clinique médicale à l'Ecole d'Angers.
Vaslin, ancien interne des hôpitaux à Angers.
Girou, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés à Aurillac.
Gillot, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de l'hôpital d'Autun.
Pasard, chirurgien de l'hôpital d'Avignon.
Liégeois, lauréat de l'Académie, à Bainville-aux-Saules.
Coutenot, professeur de clinique interne à l'Ecole de Besançon.
Gauderon, professeur à l'Ecole de médecine de Besançon.
Roland, professeur suppléant à l'Ecole de Besançon.
Ferrand, médecin de l'hôpital de Blois.
Azam, professeur de clinique externe à la Faculté de Bordeaux.
De Fleury, professeur de thérapeutique à la Faculté de Bordeaux.
Lannelongue, professeur de clinique externe à la Faculté de Bordeaux.
Morache, professeur de médecine légale à la Faculté de Bordeaux.
Pitres, professeur de clinique interne et doyen de la Faculté de Bordeaux.
Pousson, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Saint-Philippe, médecin des hôpitaux de Bordeaux.
Vergely, professeur de pathalogie générale à la Faculté de Bordeaux.
Verdalle, médecin des hôpitaux de Bordeaux.
Mauriac (E), inspecteur de la salubrité de la Gironde, à Bordeaux.
Lagrange, médecin de l'hôpital de Chalon-sur-Saône.
Gauthier, médecin de l'hôpital de Charolles.
Delbarre, chirurgien de l'hôpital de Cambrai.
Colas, médecin de l'asile de la vieillesse à Chartres.
Bousquet, professeur de pathologie externe à l'Ecole de Clermont-Ferrand.
Fredet, professeur de pathologie interne à l'Ecole de Clermont-Ferrand.
Cottin, ancien interne des hôpitaux de Paris à Dijon.
Fleurot, professeur de clinique externe à l'Ecole de Dijon.
Girard, professeur de clinique externe à l'Ecole de Grenoble.
Surmay, chirurgien de l'hôpital de Ham.
Gibert, médecin de l'hôpital du Havre,
Le Prévost, chirurgien de l'hôpital du Havre.
Blanquinque, médecin de l'Hôtel-Dieu de Laon.
Chevalier, médecin de l'hôpital de Laval.
Folet, professeur de clinique externe à la Faculté de Lille.
Gaullard, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Lille.
Chenieux, professeur à l'Ecole de médecine de Limoges.
Lemaistre (Justin), professeur à l'Ecole de Limoges.
Bondet, professeur de clinique interne à la Faculté de Lyon.
Poncet, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon.
Teissier, professeur de pathologie interne à la Faculté de Lyon.
Clément, médecin des hôpitaux de Lyon,
Combalat, professeur de clinique externe à l'Ecole de Marseille.
Falot, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille.
Girard, professeur de clinique interne à l'Ecole de Marseille.
Villard, correspondant de l'Académie de médecine, professeur de clinique interne à l'Ecole de Marseille.
Masbrenier, médecin de l'hôpital de Melun.
Grasset, professeur de clinique interne à la Faculté de Montpellier.
Mossé, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.
Tédenat, professeur de clinique externe à la Faculté de Montpellier
Bernheim, professeur de clinique interne à la Faculté de Nancy.
Gross, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Nancy.
Hergott, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Nancy.
Poincarré, professeur d'hygiène à la Faculté de Nancy.
F. Simon, professeur agrégé à la Faculté de Nancy.
Weiss, professeur de clinique externe à la Faculté de Nancy.
Heurtaux, professeur de clinique externe à l'Ecole de Nantes.
Trastour, professeur de clinique interne à l'Ecole de Nantes.
Dianoux, ancien interne des hôpitaux à Nantes.
Balestre, professeur agrégé à Nice.
Baréty, ancien interne des hôpitaux de Paris à Nice.
Chertier, médecin de l'hôpital de Nogent-sur-Seine (Aube).
Beaurieux, médecin de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.
Geffrier, médecin de l'hôpital d'enfants à Orléans.
Chipault. chirurgien à l'hôpital d'Orléans.
Chedevergne, directeur de l'Ecole de médecine de Poitiers.
De la Garde, professeur de thérapeutique à l'Ecole de Poitiers.
Langlet, professeur à l'Ecole de médecine de Reims.
Lardier, médecin de l'hôpital de Rambervilliers (Vosges).
Luton, directeur de l'Ecole de médecine de Reims.
Bruté, professeur de clinique interne à l'Ecole de Rennes.
Debout, ancien médecin-major à Rouen.
Petel, professeur d'hygiène à l'Ecole de Rouen.
Cénas, médecin de l'Hôtel-Dieu de St-Etienne.
Le Piez, médecin de l'hôpital de St-Germain-en-Laye.
Mantel, chirurgien de l'hôpital de St-Omer.
Renou, médecin de l'hôpital de Saumur.
Roché, médecin de l'hôpital de Toucy (Yonne).
Caubet, directeur de l'Ecole de médecine de Toulouse.
Bezard, ancien interne des hôpitaux à Tours.
Duclos, correspondant de l'Académie de médecine et professeur de clinique interne à l'Ecole de Tours.
Herpin, professeur de clinique obstétricale à l'Ecole de Tours.
Thomas, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de Tours.
Laurent, médecin de l'hôpital de Versailles.
Burdel, correspondant de l'Académie de médecine à Vierzon.
Yot, médecin légiste à Versailles.

CORRESPONDANTS DE PARIS ET DES DÉPARTEMENTS

MM. les Drs *Bagot* (de Saint-Pol-de-Léon), *Benoit* (à Toulouse), *Bovet* (à Paris), *Bouloumié* (à Paris), *Calvet* (à Villiers-sur-Mer), *Cazaux* (à Oloron), *Cazenave de la Roche* (à Menton), *Chevallier* (à Compiègne), *Clozier* (à Beauvais), *Coriveaud* (à Blaye), *Couétoux* (à Nantes), *Couétoux* (à Blain), *Escande* (à Layrac), *Ferlin* (à Valence), *Fourrier* fils (à Compiègne), *Françon* (à Lyon), *Furet* (à Rueil), *George* (à Cernay, Alsace), *Grenet* (à Joigny), *Langlais* (à Pontivy), *Lécuyer* (à Beaurieux), *Marard* (de Saint-Georges), *Paul Jean* (de Maubeuge), *Philbert* (à Paris), *Richer* (à Paris).

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE N° 1 7 JANVIER 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, DENELIN, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

Avis. — *L'administration de la* REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE *prie instamment ses souscripteurs de lui faire parvenir au plus tôt le montant de leur renouvellement, et d'y joindre l'une des bandes du journal.*

Prime à nos abonnés. — A ceux de nos *abonnés actuels ou nouveaux* qui désirent se procurer les **Mementos thérapeutiques des praticiens**, nous rappelons que, en leur faveur, le prix de ce volume est :

De **2** fr. **50** livré dans nos bureaux ;

Et de **3** fr. **25** à domicile (franco de frais d'expédition et de poste).

Un nombre considérable de demandes de MEMENTOS *nous étant parvenues durant ces derniers jours, l'Administration du journal informe MM. les souscripteurs que l'expédition de ce volume ne peut se faire que successivement et dans l'ordre des inscriptions.*

Elle prie, en outre, MM. les abonnés qui lui ont adressé une souscription inférieure à 3 fr. 25 (*prix d'expédition et de port compris*), de vouloir bien la compléter le plus tôt possible.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICAMENTS ANCIENS

La bryone

On entend chaque jour parler de nouveaux médicaments ; par contre, on s'occupe fort peu des médicaments anciens. Je vais aujourd'hui parler d'un médicament tellement ancien qu'il paraîtra nouveau. Ce médicament s'appelle la bryone.

La bryone est une plante de la famille des Cucurbitacées. Elle croît avec abondance dans les haies. C'est même là ce qui lui a valu son nom (βρύω, je pousse abondamment). C'est une plante grimpante, à tige lisse et grêle, à feuilles palmées, avec vrilles axillaires très longues et roulées en spirale : de là, cette dénomination de vigne blanche (αμπελος λευκα) que lui donne Dioscoride. Elle ne doit pas être confondue avec la *vigne noire*, nom donné quelquefois au Tamier (*Tamus communis*) de la famille des Dioscorées, qui croît aussi dans les haies, mais qui détermine des effets physiologiques bien différents. — Les fleurs sont petites, jaunes verdâtres ; elles sont remplacées par des baies, de la grosseur d'un pois, d'un rouge vif et qui possèdent des propriétés purgatives.

Mais la partie vraiment importante de la plante, c'est la racine. Celle-ci est grosse comme le bras ou la cuisse ; elle ressemble à un navet, d'où le nom de *navet du diable*. Elle a encore reçu les noms de *couleuvrée*, *navet galant*, *vigne blanche* et *vigne du diable*. Elle est charnue, jaune, marquée de cercles en dehors ; sa saveur est âcre et amère. Elle est gorgée, au printemps, d'un suc blanc, irritant et drastique. Son principe actif s'appelle la bryonine.

C'est un des médicaments les plus anciennement usités. Hippocrate en fait mention. Dioscoride vante ses propriétés purgatives et diurétiques. Boerhaave faisait macérer 15 à 20 grammes de racine sèche dans 500 à 1,000 grammes de vin ; 30 grammes de ce vin, disait-il « purgent par en haut et par en bas et guérissent les hydropisies ». Harmand de Montgarny (1783) l'appelait « un véritable ipécacuahna européen », et l'ordonnait dans les maladies dysentériques. Tous les auteurs qui ont traité des plantes médicinales indigènes Mérat, Delens, Cazin, etc., disent que la bryone est actuellement peu usitée en médecine, mais qu'elle mériterait de l'être davantage.

C'est un purgatif hydragogue qui détermine des selles aqueuses très-abondantes, d'une façon analogue au jalap et au séné. Comme les purgatifs de ce genre, elle est en même temps un peu diurétique ; elle a, de plus, une action vomitive, mais cette action est beaucoup moins sûre que l'action purgative. Il faut, du reste, distinguer, au point de vue des effets, la plante fraîche de la plante sèche. La racine fraîche, appliquée sur la peau, est très irritante et détermine une véritable vésication ; aussi, ne prescrit-on jamais la bryone à l'état frais. Lorsque la dose ingérée est trop forte, il survient des phénomènes d'intoxication, caractérisés, comme pour tous les drastiques, par des vomissements et une sorte d'état cholériforme. Ces symptômes ont été constatés en particulier chez une famille qui avait mangé de la soupe dans laquelle la bryone avait remplacé les navets.

En 1885, j'ai employé la bryone, d'abord à trop forte dose, et je suis arrivé aux résultats suivants :

Chez un malade atteint de cirrhose hypertrophique avec constipation, une dose de 3 grammes de poudre de bryone détermina des vomissements une heure après, puis cinq selles liquides avec de légères coliques. Même

400343

Digitized by Google

effet chez un autre malade qui prit la dose de 6 gr. de poudre. — Un autre qui prit deux cuillerées à soupe de teinture de bryone, eut des vomissements presque immédiats, et quatre heures après deux garde-robes liquides, sans coliques. Le lendemain, une dose de 5 gr. de poudre produisit quatre selles liquides, et trois heures après, des nausées et des envies de vomir. — Un autre malade, très constipé, prit en une fois, à 8 heures du soir, dix grammes de teinture de bryone; il eut rapidement 4 à 5 selles liquides, mais le lendemain matin, il se plaignait de nausées.

Je fais remarquer, en passant, que ces doses prescrites sont un peu exagérées. J'ai voulu simplement montrer, par ces exemples, que l'exagération des doses n'est pas capable de produire des accidents de quelque importance.

Les homœopathes emploient beaucoup la bryone : ils la prescrivent dans la pneumonie, la bronchite, la pleurésie, le rhumatisme, la diphtérie, etc. Elle représente pour eux le médicament des phlegmasies.

Quelques médecins allopathes l'ont aussi préconisée dans certains états particuliers. Bouchut usait de la bryone en teinture, comme antifébrile. Le Dr Louvet Lamarre (de Saint-Germain-en-Laye) a institué (1) une médication de la coqueluche basée sur l'emploi de la bryone et du drosera.

A ce sujet on sait que l'évolution de la coqueluche comprend trois périodes : une période catarrhale, une période convulsive et une période terminale. Pendant toute la durée de la période catarrhale, Louvet-Lamarre administre la teinture de bryone (à la dose quotidenne de 1 gramme pour un enfant de 7 ans) ; elle n'abrège pas la durée de la coqueluche, mais elle diminue la trachéo-bronchite de cette période ; en outre, à cette dose, elle stimule l'appétit et elle offre sur le kermès et l'oxyde blanc l'avantage de ne pas donner de nausées au moins à cette période si l'on s'en tient à la dose indiquée. Dès que l'élément quinte arrive, Lamarre prescrit la teinture de drosera, à la dose de 1 gr. par jour. Cette dernière dose me paraît insuffisante ; car la drosera est si peu toxique que quelques auteurs — et, parmi eux, Jules Simon — lui refusent toute action thérapeutique, ce qui est une erreur, au moins si j'en juge d'après les résultats que j'ai obtenus depuis longtemps avec la drosera dans le traitement de la coqueluche. Mais je la prescris à la dose de 2 à 5 grammes en teinture. Souvent, dans cette dernière maladie, j'associe la bryone et la drosera (1 à 2 grammes de teinture de bryone et 2 à 5 grammes de teinture de drosera dans une potion).

Sous quelle forme et à quelle dose peut-on employer la bryone ?

La racine peut être prescrite, en poudre (0,50 à 4 gr. par jour) ou en décoction (8 gr. pour 1 litre d'eau).

La teinture de bryone s'administre à la dose de 2 à 5 gr.

On compose le vin de bryone en mettant 50 à 60 gr. de racine sèche dans un litre de vin, et 30 à 60 gr. de ce vin suffiront pour purger.

La bière de bryone est usitée par les paysans de certains pays, qui creusent la racine en gobelet, et y versent de la bière qu'ils boivent ensuite comme purgatif.

Enfin, la bryonine se donne à la dose de 0,01 à 0,02 centigr.

Je conseille d'avoir recours à ce médicament, plutôt comme purgatif que comme éméto-cathartique ; car, à ce dernier point de vue, il peut être infidèle. Je conseille encore d'y recourir dans le traitement de la coqueluche, des affections fébriles et des phlegmasies de l'appareil respiratoire : dans les bronchites, les pleurésies, les pneumonies, etc.

Il ne sera pas inutile, il me semble, dans ce temps de nouveautés pharmaceutiques, de continuer cette étude sur les médicaments anciens et de les tirer de l'oubli immérité dans lequel quelques uns sont tombés. J'indiquerai donc, à l'occasion, ceux qui peuvent rendre encore des services dans la thérapeutique usuelle des praticiens.

HENRI HUCHARD.

(1) Voir : *Journal de thérapeutique de Gubler*, 1878, p. 364.

REVUE GÉNÉRALE

MALADIES DES ENFANTS

Angine fibrineuse précoce de la scarlatine ; nature, diagnostic, pronostic, traitement

Il y a couenne et couenne, il y a fausse membrane et fausse membrane ; voilà ce que la clinique paraissait montrer ; voilà ce que la bactériologie semblerait confirmer.

Déjà certains auteurs décrivaient une angine fibrineuse à exsudat blanc, pseudo-membraneuse, mais non diphthérique.

L'angine simple, dite à frigore, si le processus phlegmasique s'exagère, peut aboutir à la formation de fausses membranes.

Malheureusement le diagnostic clinique n'en paraît pas aisé objectivement, d'autant plus que cette angine peut être épidémique (1).

C'est aussi une production fibrino-membraneuse que provoquent sur la gorge les vapeurs irritantes, les caustiques, comme le nitrate d'argent, certains médicaments, le tartre tibié par exemple. Mais ici la connaissance de la cause fait éviter la confusion.

On savait fort bien, nos maîtres nous l'enseignaient, qu'il fallait distinguer dans la scarlatine deux sortes d'angines blanches pseudo-membraneuses, celle du début bénigne, localisée, celle de la fin, très grave, extensive.

(1) TH. F. RAVEN. The treatment of Diphteria and Tousillitis. (*British med. journal*, 24 mars 1888).

Digitized by Google

Mais l'allure protéiforme et sournoise de la diphthérie au début, l'embarras extrême du clinicien en face d'un exsudat blanc de la gorge avait rendus méfiants les médecins en quête de diagnostic exact.

Aujourd'hui la dichotomie paraît devoir s'implanter sur une base solide, sur la bactériologie.

Non, nous dit-on, l'angine du début de la scarlatine n'est pas une angine diphthérique, c'est une angine pseudo-diphtérique, c'est une angine fibrineuse.

Otto Heubner (1) en fait une action intense de la scarlatine sur la région, d'où prolifération microbienne et infection lymphatique, cause des bubons.

M. Sevestre (2) admet une infection secondaire, qu'il rapporte, d'après les recherches bactériologiques de MM. Wurtz et Bourges (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. path.*, mai 1890), à un streptocoque et absolument indépendante de la diphtérie.

C'est du reste le résultat auquel arrive aussi Marie Raskin (*Wratch* 1888, n° 37-44) et les auteurs qui ont étudié la question. De sorte que la conclusion qui ressort de ces différents travaux, est que la gorge peut présenter, dans la scarlatine au début, des produits que l'œil ne différencie pas des fausses membranes diphthériques, mais qui n'ont nullement cette nature, parce qu'au lieu de renfermer des bacilles de Klebs, ils n'offriraient à l'examen que des microcoques, que des chaînettes, que des streptocoques, par exemple, mêlés à quelques staphylocoques.

L'importance de cette recherche bactériologique se poursuivrait même dans les cas sans scarlatine concomittante, comme le croit M. Jules Simon, d'après les examens de M. Roux. Les angines blanches que ces auteurs ont observées et analysées avec soin, qui n'ont pas présenté le bacille diphthérique, se sont toutes montrées bénignes, dénuées de signes d'infection. Ce n'était pas de la diphthérie.

Mais ici le problème diagnostic est bien délicat, puisqu'il repose sur un seul signe, l'examen bactériologique, examen qui n'est pas toujours pratique de mettre en application.

Avons nous, pour faire le diagnostic de l'angine fibrineuse du début de la scarlatine, une assise plus ferme? Oui et non.

On a cherché à accumuler les signes différentiels, richesse qui sent sa pauvreté. On a dit que l'exsudat restait limité aux amygdales, que s'il envahissait les piliers et surtout la luette c'était la signature de la diphthérie. La première partie de cette proposition seule semble vraie; la couenne localisée aux tonsilles doit faire pencher vers l'angine non diphthérique; mais le second membre de phrase exprime une erreur; l'envahissement des organes voisins s'est montré dans de nombreuses observations où la marche clinique oblige à nier la diphthérie.

(1) *Volkmann'sklinische Vortræge* 1888, n° 322 et *Medicinische chirurgische Rundschau*, 1888, n° 23.

(2) De l'angine scarlatineuse précoce pseudo-diphtérique. *Société médicale des hôpitaux*, 9 mai 1890.

Toutefois cet envahissement se limite à la gorge, le larynx reste indemne, c'est ce que Trousseau exprimait en disant que la scarlatine n'aime pas le larynx. Cependant les fosses nasales pourraient se prendre.

On a dit que dans l'angine en question, l'albuminurie était très rare, bien qu'elle évolue avec la scarlatine, qui au début donne souvent un peu d'albumine. Cette sorte de paradoxe peut être mise en ligne de compte, mais n'est pas d'une rigueur absolue, et surtout la négative ne prouve rien.

Filatow (1) a fait remarquer que la température reste beaucoup plus élevée que dans la diphthérie, ce qui peut servir. Il note aussi que l'adénite qui accompagne très souvent cette complication initiale, très souvent aussi suppure. Ce renseignement excellent en soi n'a qu'une utilité rétrospective; il en est de même de la constatation de l'absence de paralysie et d'envahissement du larynx.

La chronologie a beaucoup plus de valeur, puisqu'on peut dire que cette angine est toujours une complication précoce. On peut ajouter qu'il n'y a pas d'aggravation de l'état général par son fait.

La nature non diphthérique de cette angine doit inviter à faire un pronostic plus favorable. Il ne faut cependant pas oublier que le streptocoque, qui semble la cause de cette infection secondaire ou qui tout au moins se développe dans l'exsudat, est analogue au microbe qui produit l'érysipèle, l'infection puerpérale, la suppuration.

Il ne faut pas oublier, non plus, que la scarlatine à angine blanche est une scarlatine parfois intense et que la mort peut arriver de son seul fait.

C'est à fermer toutes les portes d'entrée que devra s'efforcer la thérapeutique, pour éviter au malade toutes les infections secondaires possibles (2). On devra dans le traitement éviter d'éroder la muqueuse sous-jacente.

Pour barrer la route à l'invasion en profondeur des microbes, Heubner injecte dans les amygdales et le voile du palais, une solution d'acide phénique à 3 ou 5 0/0.

Heusinger (3) emploie le même liquide, à la dose d'une demi-seringue de Pravaz dans chaque amygdale chez les enfants de moins de 5 ans et d'une seringue chez les plus âgés.

M. J. Sevestre (4) prescrit des lavages et des attouchements antiseptiques des parties malades avec des solutions phéniquées à 1 0/0, mais surtout avec l'eau naphtolée, l'acide salicylique à 1 0/0 ou le mélange de :

Créosote	1 gramme
Alcool	90
Glycérine	20

On peut aussi, à cet effet, utiliser la glycérine phéni-

(1) *Archiv für Kinderheikunde*, 1887, T. IX.

(2) Guinon. Les infections secondaires dans la scarlatine (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, septembre 1889).

(3) Beitrag zur Behandlung der Scharlachdiphteritis mittelst Injectionen von Carbolsæure in die Tonsillen (*Deutsche medecinische Wochenschrift*, 1889, n° 43.

(4) *Progrès médical*, 1889, Conférences à l'hospice des Enfants Assistés.

Digitized by Google

quée et camphrée, les irrigations, les pulvérisations, et les vaporisations antiseptiques, comme dans la diphtérie pharygée, les gargarismes comme dans l'amygdalite ou l'angine simple (1).

H. Gillet.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le traitement de la chlorose par le cuivre.

Par M. le Dr Liégeois (de Bainville-aux-Saules).

Voici comment j'ai été amené à administrer le cuivre dans la chlorose. Il m'était arrivé plusieurs fois, lorsque j'expérimentais (1887-1889) les préparations de cuivre, d'après la méthode de M. Luton (de Reims) (2), dans les tuberculoses, de soumettre au cuivre des filles ou des femmes chez qui, en l'absence, il est vrai, de signes plessimétriques ou stéthoscopiques précis, une toux quinteuse, sèche, ou avec une très insignifiante expectoration, me faisait appréhender le premier degré de la tuberculose pulmonaire. A un second, à un troisième examen, après que j'avais perçu des souffles cardiaques et carotidiens, après que les rares crachats muqueux nous avaient été déclarés exempts de bacilles de Koch, le diagnostic chlorose restait seul debout. D'autres, en pareil cas, eussent formulé tout de suite le fer. Et pourtant, que risquais-je de continuer le cuivre quelque temps encore? Au souvenir des services qu'il m'a rendus, chez les tuberculeux, comme reconstituant, comme tonique, j'espérais trouver en lui, quel que fût son mécanisme intime d'action que je n'avais pas jusque-là cherché à pénétrer, un agent luttant efficacement contre l'hypoplasie hématique qui est le substratum anatomique de la chlorose. La lecture de l'article « Cuivre » du *Dictionnaire pratique*, par A. Barallier, m'encouragea dans ma tentative; l'auteur y mentionne les deux conclusions que MM. Pécholier et Saint-Pierre ont tirées d'expériences sur les animaux avec le verdet et d'observations prises sur les individus occupés à la fabrication de ce sel : 1° absorbé lentement et journellement, le verdet est favorable à l'engraissement ; 2° les femmes qui travaillent dans les fabriques de verdet ne sont pas sujettes à la chlorose. Dès lors, je poursuivis résolûment mes recherches thérapeutiques.

J'ai administré le cuivre jusqu'à ce jour — avec quel succès, on va le voir — à une trentaine de chlorotiques (je ne dis pas à une trentaine d'anémiques ou de pseudo-anémiques) ; je les ai surveillées, on le comprend, avec sollicitude.

C'est aux pilules d'acéto-phosphate de cuivre, recommandées par Luton dans les tuberculoses, que j'ai eu recours. J'en reproduis la composition :

Acétate neutre de cuivre.....	0 gr. 01
Phosphate de soude cristallisé	0 gr. 05
Poudre de réglisse et glycérine.....	q. s.

M. pour une pilule.

Les chlorotiques étaient-elles aménorrhéiques, ménorrhagiques ou affaiblies par des flueurs blanches, j'additionnais chaque pilule de 5 à 10 centigrammes de poudre fraîche d'ergot. 1 à 2 pilules au commencement des repas de midi et du soir ; avant les repas, 15 à 30 gouttes de teinture de noix vomique ou 3 gouttes amères de Baumé ; au milieu ou à la fin, une cuiller à soupe de sirop de menthe à l'acide chlorhydrique médicinal, telle a été toute la médication. Les malades ont suivi, sans l'interrompre, leur traitement cuprique de chaque repas pendant un, deux, trois mois, sans accuser de nausées, de gastralgie ou d'exagération de la gastralgie chlorotique antérieure, sans avoir de vomissements; elles ont avalé, durant toute la cure, 60, 90, 100, 150, 200 pilules d'acéto-phosphate de cuivre. Que M. Luton se rassure. Dans une lettre qu'il m'a écrite à propos de mon travail sur le traitement des tuberculoses par le cuivre, il paraît surpris que j'aie pu donner jusqu'à 200 pilules à des phtisiques sans fatiguer l'estomac. Je répète ici ce que j'ai dit en réponse à notre collègue : L'estomac, l'intestin ont très bien supporté ces fortes doses longtemps prolongées, aussi bien, mieux même que parfois les pilules ferrugineuses, et cela sans l'administration préalable de cachets de lactate de magnésie que M. Luton fait ingérer avant les repas. Peut-être cette tolérance des voies digestives vis-à-vis du remède tient-elle à ce que son action irritante — si réellement il y a action irritante — trouve un correctif dans les aliments, puisque j'ai soin de ne le conseiller qu'au moment de se mettre à table.

C'est à ces doses et sous cette forme pharmaceutique que l'acéto-phosphate de cuivre, de concert avec une hygiène convenable et un régime alimentaire approprié, a guéri toutes mes chlorotiques, dans le même laps de temps, m'a-t-il semblé, que si je m'étais servi de l'une ou de l'autre des préparations ferrugineuses les plus vantées. Je n'ai pas essayé de saisir, jour par jour, avec le compte-globules, la transformation des hématoblastes de création nouvelle en hématies parfaites : c'est chose trop difficile en clientèle. Je n'avais que faire de cet instrument pour affirmer la guérison : les forces étaient revenues ainsi que la coloration de la face et des muqueuses ; la maigreur d'antan était remplacée par de l'embonpoint ; les symptômes viscéraux de la dystrophie avaient rétrocédé ; cliniquement parlant, la chlorose avait vécu.

Est-ce au sulfate de cuivre, découvert par Filhol et contrôlé par Willm dans les eaux de Saint-Christau (Basses-Pyrénées), que la source la plus renommée de cette station, celle des Arceaux, doit, comme l'attestent de Courthille, E. Tillot, P. Bénard, de guérir la chlorose et l'une de ses principales manifestations, l'aménorrhée ? Le sulfate de cuivre n'y existe qu'à la dose de 0gr. 0003 par litre, de sorte qu'une chlorotique, pour prendre quotidiennement à Saint-Christau autant de cuivre qu'elle en ingère avec nos pilules, se verrait obligée de boire tous les jours plus de 80 à 100 litres d'eau. Il est logique cependant de regarder le sulfate de cuivre de la source des Arceaux comme un auxiliaire puissant, dans le traitement de la chlorose, des carbonates de fer

(1) Voir : *Revue Générale de Clinique et de Thérapeutique* 1890 N° 7, 13, 29.

(2) Ch. Liégeois, Le traitement des tuberculoses par le cuivre (*Bull. méd. des Vosges*, n° 15, janvier 1890, p. 46-59), et Luton (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1888).

Digitized by Google

et de manganèse (0 gr. 0012 par litre) et du chlorure de sodium, joints à des traces d'arséniates, qu'a révélés l'analyse chimique. Mais, quand on boit deux à trois litres d'eau des Arceaux en une journée, peut-être pénètre-t-il autant de cuivre dans la circulation que quand nous introduisons dans l'estomac, à chaque repas, 1 à 2 centigrammes d'acéto-phosphate, dont une partie — c'est la même chose pour le fer — traverse le tube digestif sans être absorbée.

Comment le cuivre guérit-il la chlorose? On invo que, pour expliquer les bienfaits du fer, ce raisonnement : le sang de l'adulte contient, dit-on, trois grammes de fer; la chlorose diminuant ce fer de moitié, c'est 1 gr. 50 de fer qu'il faut procurer au sang par l'usage intus d'une préparation ferrugineuse. Peut-on expliquer par un semblable raisonnement l'heureuse influence du cuivre dans la chlorose? Le sang recèle-t-il du cuivre? « On y a trouvé parfois, disent Küss et M. Duval, du cuivre qu'il faut peut-être considérer comme normal », mais, lorsqu'on se reporte aux recherches de P. Bert (1867), de MM. Jolyet et Regnard (1876), de M. Frédéricq (1877), on apprend que l'hémoglobine bleue, contenant du cuivre et non du fer, a été surtout rencontrée chez certains animaux inférieurs. C'est en se rappelant de cette hémoglobine cuprique, simple curiosité chimique sans doute, que M. Galippe (*Soc. de biol.*, 20 mars 1880) se demandait, lui aussi, « si les sels de cuivre ne pourraient être utilisés dans le traitement de la chlorose ». Mais je ne crois pas qu'il faille tenir grand compte de cette hémoglobine cuprique, ses proportions étant probablement toujours très faibles si l'on en juge par ceci que MM. Bergeron et Lauth (*Compt. rend. de l'Ac. des sc.*, 1874) n'ont trouvé dans le foie que 2 et 6 milligrammes de cuivre pour 700 et 400 grammes de glande, soit 8 milligrammes en tout pour plus d'un kilo de tissu. De ces diverses considérations je conclus qu'il n'y a pas de chlorose par défaut de cuivre dans le sang; il n'y a qu'une chlorose par défaut de fer. Nos malades ont donc guéri par le cuivre d'une chlorose par défaut de fer. Ce n'est pas si drôle que cela en a l'air; et, quelque peu d'importance que j'attache à la théorie, je ne puis résister au désir d'esquisser comment, à mon avis, s'opère la guérison.

Certes, le cuivre n'est pas, comme le fer, un agent hématogène ou générateur direct des globules; il ne reconstitue pas directement la matière albuminoïde active des globules rouges ou hémoglobine. Les hypophosphites, le chlorure de sodium, le manganèse, l'arsenic non plus ne refont pas directement l'hémoglobine et les hématies, et cependant leur emploi ramène la première et celles-ci à leur taux physiologique. C'est que dans la chlorose il y a autre chose qu'un amoindrissement de l'hémoglobine et des hématies, il y a un affaiblissement permanent de l'énergie des échanges, une diminution de la consommation de l'oxygène dans l'intimité des tissus. Eh bien! j'estime qu'à l'instar des hypophosphites, du chlorure de sodium, du manganèse, de l'arsenic, le cuivre active les échanges gazeux entre le sang et les tissus; il stimule l'hématose, il stimule les fonctions de la vie végétative : la stimulation de l'appareil digestif se traduit par un appétit plus impérieux, par une assimilation plus rapide et plus parfaite du fer, mais aussi du carbone, de l'azote et du soufre, tous éléments constitutifs de l'hémoglobine contenus dans la nourriture: elle se traduit, en fin de compte, sans qu'intervienne le fer médicamenteux, par une luxuriante réparation globulaire, car les organes hématopoiétiques qui participent aussi à cette stimulation fonctionnelle n'en sont que plus prêts à favoriser la genèse des hématoblastes et leur changement en hématies.

Est-il vrai — comme Combal, Hayem, Jolly et d'autres l'ont, contrairement à l'opinion courante, soutenu après Trousseau — que la chlorose, maladie de déchéance, ne se développe que chez les personnes de souche scrofulo-tuberculeuse? Si oui, s'étonne-t on que le cuivre, qui amende la tuberculose et surtout la scrofulose, amende aussi la chlorose?

Je n'insiste pas; les théories changent, les faits restent. Aussi bien j'ai le ferme espoir de voir confirmés par d'autres, les résultats que j'ai obtenus dans la chlorose avec le cuivre.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

CHIRURGIE

De la récidive du cancer et de sa prophylaxie, par M. le Dr Herbert Snow. — L'auteur a surtout eu en vue le cancer de la mamelle. Voici quelles sont ses conclusions (*The Lancet*: 27 déc. 1890) :

1° Il est nécessaire d'extirper la tumeur au delà des limites des parties malades et les glandes du creux axillaires, car elles sont souvent le foyer de récidives.

2° Quand la tumeur est récente, il convient d'enlever tout le tissu mammaire et si elle est voisine de la peau, d'enlever une large étendue de cette dernière

3° Il faut conduire les incisions verticalement et, s'il y a lieu, les compléter, après la section de la peau, par des incisions obliques de façon à ne point laisser échapper un seul noyau cancéreux.

4° La réunion par première intention est une considération d'ordre secondaire; il ne faut pas chercher aux dépens de l'extirpation radicale de la tumeur.

5° Quand l'extirpation est terminée, il convient d'explorer avec soin toutes les parties de la plaie et d'enlever les tissus suspects.

6° Enfin, durant deux années, il faut tenir le malade en observation et enlever immédiatement tous les nodules que l'on pourrait constater. S. R.

La hernie inguinale chez les soldats et sa cure radicale, par M. le Dr Antonini. — L'auteur résume d'abord le mécanisme de la hernie inguinale, dont les causes principales sont le peu d'obliquité du canal inguinal et la dépression de la fossette externe. Cette prédisposition ne peut malheureusement pas être diagnostiquée, ce qui fait la fréquence de la hernie dans les deux premières années de service. Dans l'espace de six ans, 2.717 réformes ont dû être prononcées pour ce motif dans l'armée italienne (*Riforma medica* 8 et 9 déc. 1890).

La cure radicale permettrait d'éviter une grande partie de ces réformes. Selon les résultats de l'opération, les hommes complètement guéris de leur infirmité peuvent, en effet, reprendre leur service dans leur propre corps ou dans un corps moins actif, soit immédiatement, soit après un congé de convalescence. Même si l'opération n'a pas donné un succès com-

Digitized by Google

plet, même si la réforme ne peut être évitée, l'homme rentrant dans ses foyers se trouve dans de bien meilleures conditions qu'avec un bandage sur une hernie non opérée.

L'auteur passe en revue les différents procédés opératoires pour adopter celui du Dr Postempski, qui consiste : 1° à ouvrir le canal inguinal ; 2° à isoler le cordon et le sac le plus haut possible ; 3° à suturer les trois feuillets aponévrotiques du grand oblique, du petit oblique et du transverse, de façon à oblitérer le canal inguinal ; 4° à suturer la peau, le cordon placé entre elle et l'aponévrose du grand oblique.

L'extension de la méthode permettra de restreindre les non valeurs de ce chef. L'auteur ne nous dit pas si comme en France, l'autorité militaire est impuissante pour imposer l'opération. Dans ce cas il est probable que la majorité des soldats s'y refusera. H. G.

MÉDECINE

Des accidents tétaniformes dans les affections de l'estomac, par M. F. Merlin. — Notre collègue, interne de l'hôpital de Saint-Etienne, rapporte l'observation d'un individu alcoolique, depuis longtemps atteint de gastrite (*Loire médicale*, 15 novembre 1890).

Subitement, trois heures après l'ingestion de lait, il fut pris d'une crise avec contracture des membres, des muscles de la face et de l'abdomen et avec dyspnée. La même crise tétaniforme, entièrement calmée par la morphine, se reproduisit plusieurs fois et finalement le malade succomba. A l'autopsie, dilatation de l'estomac, lésions de gastrite ulcéreuse, mais rien dans les centres nerveux.

L'auteur admet que ces accidents tétaniformes sont dûs à une auto-intoxication par les matières alimentaires séjournant dans l'estomac dilaté. C'est possible ; mais il serait peut-être aussi légitime de rapprocher ce fait des autres cas de convulsions d'origine gastrique où la réflectivité intervient comme dans les cas cités par M. Eloy dans l'*Union médicale* de 1883, sous la rubrique « l'épilepsie gastro-intestinale ». S. R.

TRÉRAPEUTIQUE

Du traitement de la phtisie par le vaccin, par M. le Dr J. Hilgard Tyndale. — Pendant quatre mois l'auteur a soumis six séries de tuberculeux a des inoculations avec le vaccin de génisse. Ces inoculations étaient combinées avec l'emploi de l'hygiène, d'une alimentation par les corps gras et de la gymnastique pulmonaire. (*New-York Med. Journal*, 29 nov. 1890).

D'après l'auteur, l'amélioration de l'état général avait été manifeste. De plus, les lésions tuberculeuses auraient rétrocédé ; l'expectoration aurait diminué et il y aurait eu diminution des cavernes. Il désire d'ailleurs, continuer ces expériences pendant quelques mois avant de formuler des conclusions plus fermes sur l'efficacité de cette médication. S. R.

L'aristol dans les maladies syphilitiques et les vénériennes, par M. Vincenzo Fisichella. — L'auteur a essayé l'aristol dans huit cas différents, chancres syphiliques, chancres simples, bubons, plaques muqueuses et gommes. Ses conclusions sont les suivantes :

1° L'aristol dans le chancre simple ou le syphilitique produit au bout d'un certain temps l'assèchement de l'ulcère.

2° Dans le phagédenisme, son action, sans être curative, est utile.

3° Comparé à l'iodoforme, il est moins efficace, mais l'usage est seulement préférable par suite de son absence d'odeur.

4° Il se pulvérise facilement et adhère bien. (*Riforma Medica*, 1890, p. 238).

En somme, l'aristol qui coûte cher, n'est pas destiné à être enregistré dans la pharmacopée comme un remède utile en syphiligraphie. H. G.

TOXICOLOGIE

Un cas d'empoisonnement par le sulfonal, par M. Dillingham. — On admet que ce médicament est faiblement toxique et n'a pas d'action sur le cœur. Tel il n'a pas été dans le cas suivant (*The N. Y. Med. Record*, 13 décemb. 1890).

Après l'administration d'une dose de un gramme et demi de cette substance, dans le but de combattre l'insomnie, le malade éprouva du coma et de la stupeur ; sa respiration devint stertoreuse ; le pouls était petit et les extrêmités froides. De plus on observa la déviation de la face et du ptosis de la paupière droite. Pas de sommeil. Rétention d'urine.

Le lendemain, l'état de stupeur continuait ; on dut pratiquer le cathéterisme, car, malgré la distension de la vessie, il n'y avait point d'urines. De plus, il y avait de la paralysie du rectum. Ces accidents ne disparurent que le surlendemain, sauf l'incoordination et la gêne des mouvements qui persistèrent pendant plusieurs jours.

Ainsi donc, le sulfonal peut produire des troubles cardiaques et musculaires graves, même à faibles doses et chez des malades exempts de lésions organiques du cœur. C'est un fait à retenir. S. R.

CHIRURGIE D'URGENCE

De la conduite à tenir dans les cas de plaies d'une grosse artère d'un membre.

Les principaux cas qui peuvent se présenter, sont les suivants :

1° Il y a une hémorrhagie violente par une large plaie, hémorrhagie qui peut être mortelle d'emblée ou qui ne l'est pas, parce qu'elle est arrêtée par les assistants ou le blessé lui-même, ou qu'elle a cessé spontanément par syncope.

2° La plaie des téguments et des parties molles étant étroite, le sang s'est écoulé en partie au dehors, mais aussi dans le tissu cellulaire sous-aponévrotique et intermusculaire, en constituant une vaste tumeur sanguine, un hématome diffus, plus ou moins pulsatile, suivant le degré de communication avec le vaisseau lésé.

3° Le chirurgien peut n'être appelé qu'après des hémorrhagies successives qui se sont produites à des intervalles plus ou moins rapprochés, et cela malgré l'emploi de la compression et de ses adjuvantes.

Quel que soit le cas, du moment que les signes observés ont fait diagnostiquer une lésion d'une artère importante d'un membre, tronc principal ou grosse collatérale, une règle générale s'impose, la voici : *il faut lier au-dessus et au-dessous de la solution de continuité. La ligature des deux bouts* est le seul moyen d'éviter sûrement la reproduction de l'hémorrhagie. Que la plaie des parties molles soit large ou étroite, on s'aidera pour faire la ligature méthodiquement et sans être gêné par le sang de l'hémostase préventive par le tube d'Esmarch. On aura soin de lâcher la compression, si on n'arrive pas rapidement sur la plaie artérielle, puis la reserrer dès que celle-ci aura été découverte. Les ligatures devront être aseptiques, faites en gros catgut numéro 3 ou 4, pour la fémorale et l'humérale ; en catgut numéro 2, pour les artères de l'avant-bras, de la jambe, de la main et du pied. Il vaudra mieux, si l'on ne dispose pas de produits sur l'asepsie desquels on puisse compter, se

Digitized by Google

servir de soie que l'on aura préalablement fait bouillir pendant dix minutes à un quart d'heure. La ligature des deux bouts est la méthode de nécessité et elle doit l'être d'autant plus que la région sur laquelle on opère est plus riche en collatérales.

C'est elle encore qu'il faut pratiquer quand il existe un hématome ou anévrysme diffus récent non enflammé, siégeant sur le trajet d'un vaisseau assez superficiel et bas placé pour permettre l'application du tube d'Esmarch. Dans ces conditions il ne faut pas hésiter à ouvrir largement l'anévrysme diffus, à évacuer caillots et sang, à laver et à rechercher pour les lier les deux bouts de l'artère blessée.

Quand la tumeur sanguine siège dans le triangle de Scarpa ou dans l'aisselle, la conduite à tenir est plus difficile ; les décollements et les dégâts peuvent être tels qu'il soit impossible de s'y retrouver assez rapidement pour ne pas perdre son blessé d'hémorrhagie ou des suites. Il est impossible dans ces cas de placer le tube constricteur hémostatique. Que faire ? Il y a quelques dix ans, l'on n'hésitait pas à conseiller alors la ligature à distance, soit de l'iliaque externe soit de la sous-clavière. Cette manière a l'avantage de faire face au danger présent, elle arrête l'hémorrhagie presque toujours, mais aussi expose à la gangrène du membre. Pour nous, nous n'hésitérions pas à appliquer ici encore le principe de la ligature des deux bouts, mais en faisant précéder la large incision pour aller à la découverte de la plaie, de la compression ou de la ligature temporaire, soit de l'iliaque externe, soit de la sous-clavière. Supposons, par exemple, une plaie d'un gros tronc de l'aisselle, avec fort épanchement axillaire qui augmente, tend les téguments et risque de les sphacéler. Voici comment nous procéderions : 1° recherche de la sous-clavière, s'il est impossible de la comprimer à travers les téguments ; incision comme pour faire sa ligature à sa sortie des scalènes ; 2° compression directe par le doigt aseptique d'un aide ou un tampon de gaze iodoformée. Ce n'est que si cette compression ne pouvait être faite efficacement que nous passerions au-dessous du vaisseau une anse de fil destinée à le soulever pour oblitérer son calibre et arrêter sûrement le sang ; 3° large incision du foyer axillaire et sous le bénéfice de l'hémostase temporaire, rechercher la plaie artérielle et double ligature. Ce n'est que s'il était impossible après une recherche assidue de trouver cette dernière que nous lierions définitivement la sous-clavière.

Ce n'est que dans les cas tout à fait désespérés, qu'il y a lieu de songer à l'amputation immédiate ou à la désarticulation, pour sauver au moins la vie du blessé. Pour terminer, nous dirons un mot de la compression qui peut être employée à titre temporaire pour les segments de membres autres que la main et le pied et qui pour ces derniers peut être efficace à condition d'être aseptique ou antiseptique. Il nous est arrivé de voir plusieurs fois des hémorrhagies artérielles de la paume de la main et de la plante du pied, arrêtées par un tamponnement propre et bien fait, surtout sans l'emploi du perchlorure de fer et cela sans accidents consécutifs. Mais alors encore, on n'est pas à l abri d'un anévrysme comme nous venons encore d'en observer un cas. En résumé, la règle qu'il faut suivre à outrance et dont il faut ne s'écarter que le moins possible, est celle-ci : *lier les deux bouts de l'artère blessée.*

Dr E. Schwartz,
Chirurgien de l'hôpital Cochin, Professeur agrégé à la Faculté.

REVUE DES LIVRES

Traitement des maladies de la peau, par M. le Dr L. Brocq (Paris 1890, O. Doin.).

En ce temps où l'on publie beaucoup de livres, il est vraiment difficile de concevoir une œuvre originale et de prendre une place à part dans la légion des écrivains qui encombrent de leurs travaux la littérature médicale spéciale. Et puis, quand il s'agit de dermatologie, l'œuvre est encore plus ardue.

En ce moment, les dermatologistes le déclarent, la science des maladies de la peau est en grande évolution. La chirurgie revendique une partie de son domaine ; et ce n'est point la moindre. Les médecins s'entendent peu sur la nosographie cutanée. La thérapeutique est en progrès, sans doute, mais surtout en transformation, de sorte que l'heure n'est point favorable pour rédiger un traité didactique sur les dermatoses.

Eh bien ! il faut l'en remercier. M. Brocq est un courageux tout autant qu'un laborieux. Ces difficultés ne l'arrêtent point. Loin de là, et au lieu d'attendre des temps où la science deviendra plus facile, il aborde franchement, avec une sage audace et un heureux succès, les difficultés qui en arrêteraient d'autres.

Le livre actuel n'est donc point ordinaire, et s'il a pour objet de vulgariser le traitement des maladies de la peau, il le fait en ouvrant aux praticiens des vues et une voie nouvelles. En voulez-vous la preuve ?

D'habitude, quand il s'agit de maladies cutanées on crée des divisions, des subdivisions, des chapitres et des sous-chapitres. On les ordonne suivant un plan que les esprits systématiques admirent, mais dont les travailleurs connaissent trop les inconvénients. On coordonne, dit-on, et on catégorise. C'est somme toute assez aisé et en tout cas plus facile que de donner un tableau fidèle de l'état des lacunes et des acquisitions de la science en dermatologie.

M. Brocq a procédé différemment : il a suivi l'ordre alphabétique ; les nosographes de cabinet s'en plaindront peut être ; ce dont il se consolera aisément, je pense. Par contre les praticiens l'en remercieront ; ce qui, à coup sûr, vaut beaucoup mieux.

Des notions semeiologiques, diagnostiques et étiologiques : puis des détails précis, nombreux et complets sur la thérapeutique : voilà le plan suivi pour l'étude de chacune des maladies. C'est pratique ; cela suffit, et cela aussi assure le succès mérité de ce bel ouvrage.

M. Brocq a donné une attention sévère à la posologie. Point de formules hasardées, point de ces préparation étranges destinées à mettre les novices en étonnement. Pour éviter des erreurs pharmacologiques, il a confié à un pharmacien habile la revision de ces formules. Encore une idée fort heureuse, et destinée à donner au lecteur une sécurité que ne lui assurent pas les livres, les journaux et les nouveaux remèdes des thérapeutistes à grand tapage.

Le premier chapitre est consacré à l'étude des *lésions élémentaires* et du vocabulaire dermatologique. C'est une sorte d'introduction, non pas seulement à ce livre, mais à l'étude des dermatoses en général. On ne saurait donc la lire trop

Digitized by Google

attentivement ; qu'il s'agisse pour les praticiens de se mettre au courant de la dermatologie contemporaine ou pour les étudiants de commencer des études dermatologiques et de préparer un examen.

Dans les chapitres consacrés à chaque maladie, M. Brocq cherche à simplifier : il rogne la bibliographie dont on abuse trop souvent ; il omet l'historique et se limite aux notions les plus essentielles de l'anatomie pathologique.

En résumé, ce livre est pratique ; essentiellement clinique et thérapeutique et les lecteurs du *Journal des praticiens* qui ont pu souvent apprécier, ici-même, le talent de notre estimé collaborateur, y retrouveront les qualités d'exposition et de sagacité clinique, qui font de M. Brocq, l'un des représentants les plus aimés de la jeune école dermatologique française. Il est l'élève de maitres respectés, MM. E. Besnier et Vidal : il le montre presque à chaque page. La gloire d'un savant dépend de son érudition et de ses découvertes : son honneur consiste dans les qualités de son cœur. Doué de la première, M. Brocq a su montrer qu'il possède les secondes; pour ma part je l'en félicite et je ne suis pas seul à le faire.

Un tel ouvrage est de ceux qui prennent place non seulement dans la bibliothèque de tous les praticiens, mais aussi, ce qui vaut mieux, dans l'estime de tous les gens de cœur. Inutile, par conséquent, d'en faire l'éloge ou la critique. Devant ces mérites tout éloge devient superflu et toute critique doit désarmer.

CH. ELOY.

Prostitution et syphilis par M. le Dr BUTTE (Paris, 1890, G. Masson).

Cette brochure défend chaleureusement les avantages médicaux et hygiéniques du dispensaire de salubrité de la ville de Paris. Elle énumère de plus, les améliorations dont son organisation a été l'objet durant ces dernières années.

M. Butte avait qualité pour rédiger ce plaidoyer, car la cause qu'il défend est un peu la sienne. Il est, en effet, médecin du dispensaire de salubrité. On ne doit donc point s'étonner des conclusions satisfaisantes auxquelles il arrive, et qui, somme toutes, ont suffisament documentées.

Cette brochure sera donc lue avec intérêt, mais ne suffira pas, je pense, pour vaincre la résistance de ces consciences rebelles qui réclament des réformes plus radicales dans l'organisation des services de la salubrité à Paris. Ici, comme ailleurs, il ne faut pas demander à une administration de se réformer elle-même. Ce serait vraiment un excès de vertu et une illusion.

CH. ELOY.

Les intoxications et la paralysie générale par M. le D CHARPENTIER, médecin de l'hospice de Bicêtre (Paris, 1890).

Ce savant mémoire de notre très estimé et cher collaborateur est marqué comme tous les ouvrages dont il est l'auteur au coin de l'originalité. Celui-ci, malgré sa modeste étendue, renferme des aperçus si nouveaux et si ingénieux qu'il doit être lu tout entier et qu'il échappe à l'analyse. En voici les conclusions : elles le démontrent.

1° A côté de la paralysie générale par congestion, propre aux folies congestives se terminant par la paralysie générale, M. Charpentier démontre la nécessité de grouper sous le nom de paralysies générales par intoxication, les pseudo-paralysies générales déjà admises et d'y joindre les paralysies générales dues à la goutte, au diabète, à l'arthritisme, au surmenage intellectuel, au traumatisme, au tabagisme et à la suralimentation.

2° Dans cette théorie de la paralysie générale par intoxication, l'ordre de succession des lésions est renversé. M. Charpentier subordonne la congestion à la prolifération interstitielle et celle-ci à l'intoxication primordiale de la cellule cérébrale ; cette prolifération serait d'abord un adjuvant utile pour désintoxiquer la cellule noble et plus tard nuisible par excès de développement.

3° Cette théorie explique le mécanisme de la curabilité et de la mort dans les folies toxiques, l'incurabilité, les cas curables, les rémissions de la paralysie générale et les démences toxiques sans production de paralysie générale.

4° La paralysie générale par intoxication ne se produit pas ou rarement lorsque le sujet présente un état anémique ou inopexique du sang, un arrêt de développement du cerveau, des névroses convulsives ou des vésanies chroniques.

5° L'absence de la paralysie générale, dans ces conditions, serait due à une modification de texture du tissu interstitiel, acquise dans les états anémiques, congénitale dans les autres groupes de malades, d'où l'inaptitude de ce tissu à proliférer suffisamment pour reproduire les lésions de la paralysie générale.

CH. E.

De l'emploi du salol dans le traitement de la diarrhée marcmmatique chez les enfants, par M. le Dr MONCORVO (de Rio de Janeiro). (Paris 1890, Steinheil).

Vingt-sept observations, des remarques cliniques judicieuses ; bref, tout ce que peut affirmer la valeur d'une discussion thérapeutique, M. Moncorvo a su le réunir dans cette petite brochure.

Le salol, précieux agent d'antisepsie intestinale, diminue le flux diarrhéique, désodorise les selles et aseptise le tube digestif. De plus, autre avantage, il est bien toléré par les enfants de tout âge et dans les cas observés par notre savant confrère brésilien, n'a produit aucun phénomène toxique.

Comment l'administrer ? Aux doses quotidiennes de 15 centigrammes à 2 grammes : ces doses sont celles que M. Moncorvo a présentées. Nous croyons cependant, et notre distingué confrère nous permettra cette légère critique, que la dose de 2 grammes est un peu élevée, malgré la faible solubilité du médicament.

La brochure de M. Moncorvo fait, une fois encore, honneur à l'esprit si sagement clinique de l'Ecole médicale brésilienne actuelle.

CH. ELOY.

Traitement clinique des maladies du cœur, par P. DUROZIEZ. (Paris 1891, chez Steinheil).

Ce livre devrait porter le titre plus vrai de : *Etudes cliniques sur les maladies du cœur*. Car, il ne s'agit que de la réunion, dans un seul volume, de différents mémoires de l'auteur dont quelques-uns ont plus de 25 ans de date. C'est un livre personnel, trop personnel même, où les opinions de l'auteur sont minutieusement exposées, tandis que celles des médecins qui l'ont précédé ou suivi, sont à peine effleurées ou citées. Il en résulte que les questions traitées ne sont pas « mises au point ». Ainsi, la description du rétrécissement mitral, maladie que l'auteur a étudiée avec prédilection, est loin d'être complète ; il en est de même de l'insuffisance aortique, de l'angine de poitrine dont l'auteur paraît arrêter l'histoire à l'année 1821, c'est-à-dire à l'époque où Reeder a attribué la maladie, longtemps après Jenner et Parry, à l'ossification et à la sténose des coronaires.

Néanmoins, si ce livre ne s'adresse pas spécialement aux praticiens, il sera consulté avec fruit par les chercheurs qui pourront y trouver des idées originales et des faits nouveaux bien observés par un clinicien de mérite. Il ne s'agit pas là d'une œuvre banale, et si elle est trop personnelle, on peut dire qu'elle a seulement les défauts de ses qualités.

K. B.

Digitized by Google

FORMULAIRE DU PRATICIEN

MALADIES DES ENFANTS

I. **La posologie du salol chez les enfants.** — On admet qu'elle peut s'établir ainsi :

A six mois :	0,20 centigrammes	par jour
A deux ans :	0,50 —	—
A cinq ans :	1 gramme	—

Cette dose doit être divisée par prises qui seront administrées de trois en trois, ou de quatre en quatre heures, dans la journée.

On peut incorporer le salol dans un julep gommeux.

ODONTOLOGIE

II. **Lotion dentifrice antiseptique.** — Elle consiste dans l'emploi de la solution alcaline de saccharine :

Saccharine.....	6 grammes
Bicarbonate de soude.....	4 —
Alcool à 40°.....	100 —
Essence de menthe.....	XXX gouttes

Une cuillerée à café de cette solution pour une demi-verrée d'eau.

Contre les stomatites, les gingivites, et dans les cas d'abcès dentaires. S. R.

CHRONIQUE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

La situation professionnelle des médecins d'armée. — Officiers ou assimilés. — Une réforme nécessaire.

Depuis trop longtemps, avec une coupable ténacité, on formule, sans les justifier, des accusations passionnées contre nos confrères militaires.

Ce n'est point leur valeur scientifique que l'on incrimine ; ce serait trop absurde. On s'attaque à leur pratique professionnelle : c'est plus habile. Pourquoi ?

Les mauvais soldats, ceux-là ne sont pas toujours des sots ou des ignorants, s'attaquent rarement à leurs officiers par la voie de la presse ou autrement. Ils savent que la loi est formelle, l'autorité militaire impitoyable et que les tribunaux compétents sont justement sévères.

S'agit il du médecin ? Alors, c'est bien différent. Ils ne redoutent guère l'emploi des divers procédés de la diffamation et trouvent, trop facilement, des auxiliaires complaisants pour incriminer faussement les actes professionnels et les expertises des médecins militaires. C'est fâcheux pour le bon renom et l'honneur de l'armée : mais il faut avoir le courage de l'avouer, la répression pénale manque trop contre ces attentats à la discipline et contre ces crimes de lèse-patriotisme.

Ne vient-on pas de le voir, une fois de plus, à propos de l'affaire Cazalas ? L'honorable et très distingué médecin-major du 2e régiment de zouaves est un gardien fidèle de la discipline et des lois militaires. Il l'a prouvé par ses scrupules à faire observer les règlements. On l'accuse donc — calomnieusement — d'actes graves de brutalité à l'égard de soldats et de réservistes. Ce n'est pas tout : à cette œuvre, criminelle, on voit des personnages, plus ou moins politiques, s'associer et se faire l'écho de récriminations mal fondées.

Aujourd'hui, une enquête impartiale, prescrite par le ministre et réclamée par notre confrère, a prouvé la fausseté de ces accusations. Administrativement cela suffit ; on doit remercier M. de Freycinet et la Direction du service de santé de cet acte de justice. Et cependant est-ce suffisant dans l'intérêt de l'armée et pour l'honneur du Corps de santé militaire ?

Les gens faciles à satisfaire repondront, oui ; ceux qui placent les questions de patriotisme au-dessous de leur placide tranquillité diront : non.

Malgré sa loyauté et sa scrupuleuse impartialité, cette enquête est en effet, dépourvue de sanction. Après elle, il reste une légende absurde : cette légende se continuera, on peut le prédire sans être prophète, contre le corps de santé militaire, et on continuera, périodiquement à mettre en accusation devant l'opinion publique facile à égarer, les plus méritants de nos confrères militaires.

Ce mal est profond ; il a des causes qu'il serait fâcheux de dissimuler.

La loi de 1882, loi bienfaisante et tout à l'honneur du gouvernement actuel, a proclamé l'autonomie du corps de santé militaire. En rédigeant cette loi, on s'est conformé aux leçons d'une cruelle expérience. Seulement, pour des raisons que nul n'ignore et qu'il serait superflu d'énumérer, les adversaires de cette réforme ont obtenu qu'elle soit incomplète. Le médecin militaire n'a pu obtenir hiérarchiquement l'assimilation complète avec les officiers des corps de troupes. Comme on l'a dit, c'est un non combattant.

Les mauvais soldats le savent trop. Dans une infirmerie régimentaire, le médecin possède les pouvoirs disciplinaires attachés à son grade. Il peut se faire obéir : c'est un officier

Dans la cour de la caserne, son autorité est inférieure à celle d'un brigadier. On le salue : soit. Est-ce à dire pour cela que, vis à-vis du soldat, il passe pour un vrai supérieur militaire ? Non ; c'est un assimilé et ce soldat appartient à la catégorie de ceux contre lesquels on a dû pratiquer une de ces expertises médicales si souvent réclamées par le commandement et n'ignore point qu'après sa libération, une impunité presque certaine lui sera acquise en essayant contre un assimilé, une de ces attaques calomnieuses, que l'autorité militaire déférerait impitoyablement aux tribunaux s'il s'agissait d'un officier combattant.

Au demeurant, la question est grave et la loi boiteuse. Les règlements actuels protègent mal, ou plutôt ne protègent point le médecin militaire.

On reconnait que son intervention est nécessaire, dans l'intérêt de la discipline ; on l'invoque pour confondre les simulateurs, dépister les paresseux et sévir contre les mauvais soldats. A bon droit, on en fait le collaborateur indispensable du commandement et voici qu'on lui refuse l'autorité et le respect dûs à son grade et à sa situation hiérarchique !

Digitized by Google

Faut-il y voir l'effet d'une lacune dans les réglements ? On voudrait l'espérer : mais sans longues réflexions, on en trouve la cause ailleurs, c'est-à-dire dans l'habileté des adversaires de l'autonomie du service de santé dans leur hostilité contre le médecin d'armée.

On s'en aperçoit trop dans les détails de la vie militaire.

L'homme de troupes qui s'adresse au médecin ne lui doit réglementairement d'autre appellation que celle de « Monsieur le médecin-major ». C'est une appellation d'honnête civilité. Soit. On conviendra cependant sans être amoureux de la « fô...orme » à la manière de Brid'oison, que cette expression n'est pas de nature à inspirer au soldat l'idée de la subordination hiérarchique.

On a octroyé au médecin le privilège, — si privilège il y a — de porter les galons, tout comme un officier combattant. Platonique satisfaction ; car si on lui a conféré, je le répète, quelques pouvoirs disciplinaires dans le périmètre de la chambrée qui sert d'infirmerie, on les lui refuse en tout autre lieu : à l'intérieur de la caserne, dans la rue, au bivouac. Etrange façon de faciliter l'accomplissement des devoirs que la loi lui impose, d'augmenter le respect pour un uniforme qui le mérite et de fortifier la discipline.

On a voulu ainsi, dit-on, sauvegarder les prérogatives du commandement. C'est un prétexte : ce n'est point même une excuse. La légende du médecin militaire usurpant l'autorité du capitaine a fait son temps.

Le Ministre de la guerre, auquel le corps de santé militaire doit déjà beaucoup, saura nous en exprimons le vœu au nom de nos confrères de l'armée et nous en avons l'espérance, compléter la loi de 1882, abaisser d'injustes barrières *entre* les officiers et les assimilés et, dans l'intérêt supérieur du service, attribuer aux médecins militaires une autorité réellement équivalente au rang qu'ils ont acquis glorieusement sur les champs de bataille et dans les ambulances.

En plaidant cette cause dans les colonnes du *Journal des praticiens* nous avons conscience de servir les intérêts de tous nos camarades de l'armée active, de la réserve et de l'armée territoriale. Les intérêts du corps médical civil et militaire sont solidaires, on ne aurait trop le redire ni trop s'en féliciter. Aussi à ceux qui viendront dédaigneusement nous parler de prérogatives, de compétitions ou d'intérêts particuliers, nous répondrons par avance, : « Transportez-vous dans la salle d'honneur du Val de-Grâce, cette grande école et ce noble berceau de la médecine militaire française, et après y avoir lu les noms qui y sont inscrits en lettres d'or, vous reconnaîtrez comment on sait servir son pays sous la modeste appelation de : « Monsieur le médecin-major », comment on glorifie la science sous l'uniforme illustré par les Larrey, les Maillot et tant d'autres, comment, enfin, on sait, au besoin, mourir pour la France, en Crimée, en Italie, au Tonkin, lorsque l'on est un « non combattant ».

CH. ELOY.

FAITS CLINIQUES

Lithotritie chez un vieillard

Par M. le Dr E. DESNOS

Ancien interne des Hôpitaux (1)

Au mois de mai 1888, je suis appelé auprès de M. D..., qui se plaint de troubles divers de la miction. C'est un vieillard de quatre-vingt-trois ans, d'apparence chétive, mais jouissant d'une bonne santé générale et pouvant se livrer à des promenades quotidiennes d'une longue durée. Il n'a jamais fait de maladies sérieuses en dehors de quelques manifestations rhumatismales qui n'ont pas laissé de traces. Les troubles urinaires remontent à une dizaine d'années : il a commencé par ressentir des besoins pressants pendant la nuit, qui devinrent peu après également fréquents pendant la journée; la miction était plus lente à se produire et le départ du jet nécessitait un certain effort ; néanmoins, les difficultés réelles ne survinrent que plusieurs années après. Peu à peu, en effet, les mictions nocturnes étant devenues très pénibles, M. D... eut recours au cathétérisme ; celui-ci ne fut d'abord pratiqué qu'une fois au milieu de la nuit, puis de plus en plus souvent. Enfin, depuis trois ans, toute miction volontaire est à peu près impossible. A ces troubles se bornaient tous les symptômes ressentis quand, en avril 1888, survint une hématurie, en apparence spontanée, qui se reproduisit deux ou trois fois pendant le mois suivant ; le sang ne se montra jamais qu'en petite quantité.

Vers le mois d'octobre suivant apparurent des difficultés plus grandes du cathétérisme et des douleurs assez vives après l'évacuation de la vessie. On crut devoir à ce moment pratiquer le cathétérisme avec des bougies de Béniqué, quotidiennement ou tous les deux jours. Peu de temps après ces manœuvres, éclata une cystite très douloureuse, les besoins très fréquents reparaissant dix à quinze minutes après chaque évacuation vésicale et s'accompagnant de ténesme et de violentes épreintes vésicales et rectales. Les urines, très troubles, laissaient au fond du vase un abondant dépôt, elles furent à plusieurs reprises mélangées d'un peu de sang.

J'examinai à ce moment M. D... et, en outre des symptômes ci-dessus décrits, je constatai l'état suivant : la prostate est symétriquement hypertrophiée ; elle atteint le volume d'une mandarine et forme une saillie rectale prononcée. Une boule exploratrice pénètre facilement jusqu'à la région membraneuse de l'urètre, mais rencontre des inégalités dans la région prostatique dont la traversée ne mesure pas moins de sept centimètres. Une sonde-béquille conduit sans difficultés réelles dans la vessie et permet d'évacuer une trentaine de grammes d'urine trouble. Des lavages boriqués sont difficilement tolérés et provoquent des douleurs dès qu'une quantité de 40 à 50 grammes environ a été injectée. Les reins ne sont pas augmentés de volume, mais il existe une légère sensibilité à la pression dans l'espace costo-iliaque. Je fis placer une sonde à demeure par laquelle on pratiqua trois fois par jour des lavages boriqués en ayant soin de n'injecter qu'une dizaine de grammes de liquide chaque fois. Grâce à cette précaution, ils furent assez bien tolérés et au bout de deux jours les phénomènes aigus de cystite avaient disparu. Les besoins restèrent fréquents pendant une semaine encore ; cette première crise de cystite avait duré en tout une dizaine de jours environ.

Trois mois après, apparait un nouvel accès de cystite en même temps qu'une hématurie assez abondante et prolongée. Le même traitement fut appliqué et donna un résultat également bon ; cependant, les besoins demeurèrent plus fréquents et les urines ne redevinrent plus parfaitement limpides. Quelques

(1) *Société médico-pratique*, séance du 27 octobre 1890.

Digitized by Google

jours après, je relevai un signe important : pendant le retrait de la sonde de gomme qui m'avait servi aux lavages, j'éprouvai une sensation de frottement dur et prolongé qui, sans donner une certitude, rendait extrêmement probable la présence d'un corps étranger dans la vessie. Pour des raisons que j'exposerai plus loin, je ne pratiquai pas d'exploration avec un instrument métallique et je ne parlai pas au malade de la possibilité d'une opération.

Jusqu'au mois de septembre 1889, la cystite persista avec des moments d'accalmie presque complète, entrecoupés de crises aiguës d'une extrême violence.

Au milieu du mois de septembre, la scène change et les douleurs deviennent incessantes et des plus violentes ; les moyens employés jusqu'alors restèrent sans effet et la morphine seule provoqua un peu de soulagement; encore fallut-il en augmenter rapidement les doses : il ne se produisit pas d'hématurie abondante, mais le dépôt glaireux et épais était fortement teinté de stries sanguinolentes.

Au milieu de ces crises, l'état général était resté satisfaisant, le thermomètre n'avait permis de constater que de loin en loin une élévation de quelques dizièmes de degré, l'appétit était à peu près conservé, et le malade se nourrissait suffisamment; rien, enfin, ne pouvait faire croire à une poussée aiguë de néphrite ancienne ou actuelle. Dans ces conditions relativement satisfaisantes, je cédai aux instantes sollicitations du malade et de sa famille, et je me décidai à opérer. L'examen de la vessie à l'aide d'un instrument métallique ayant fait reconnaître un calcul de 3 centimètres environ, je pratiquai la lithotritie le 14 octobre 1889. On soumet le malade au chloroforme après lui avoir fait une injection hypodermique de deux centigrammes de morphine et d'un demi-milligramme d'atropine. L'anesthésie étant rapidement obtenue après quelques inhalations, je pratiquai les lavages boriqués les plus minutieux du gland, de l'urètre, de la vessie ; celle-ci se montre, grâce au chloroforme, assez tolérante, saigne peu et me permet d'injecter 80 grammes environ d'une mixture iodoformée, quantité suffisante pour manœuvrer. J'introduisis alors un brise-pierre fenêtrés (modèle Reliquet, n° 2).

Je recherchai de suite le calcul derrière la prostate sur le côté droit où je le saisis, j'en effectuai le broiement assez difficilement, car il était d'une dureté peu commune en égard à sa nature phosphatique. Après une vingtaine de prises successives, il ne restait plus que de très petits fragments ; je procédai à l'évacuation à l'aide d'une sonde métallique à petite courbure n° 25. Les lavages simples amenèrent fort peu de chose ; les débris furent presque en totalité extraits par l'aspirateur. Bien qu'il fût possible que, dans une vessie aussi inégale, quelque fragment restât dans la vessie, je ne voulus pas faire de vérification séance tenante, dans la crainte de trop prolonger la durée de l'anesthésie chez un vieillard.

Les suites furent excellentes ; le soir de l'opération et les jours suivants, la température ne dépassa pas 37°5 ; les urines, tout d'abord un peu teintées, redevinrent claires dès le lendemain. Le 5e jour, les douleurs avaient disparu et le malade se leva, mais la marche et le moindre faux pas amenaient des douleurs lancinantes très aiguës. Je dus faire, à trois reprises, du 25 octobre au 15 novembre, des recherches dans la vessie avec un petit brise-pierre à mors plats ; je découvris chaque fois de petits débris que les lavages n'avaient pas permis d'évacuer. A ce moment, les douleurs avaient cessé ; la rétention persista, bien entendu, mais le malade ne fut plus obligé de se sonder que toutes les quatre ou cinq heures.

La question de l'intervention opératoire chez les vieillards calculeux est des plus délicates. Toute opération pratiquée chez un sujet de plus de quatre-vingts ans comporte un pronostic sérieux, à plus forte raison lorsqu'elle doit avoir pour siège un appareil où les propagations inflammammatoires se font facilement comme l'appareil urinaire ; car le rein, sclérosé chez la plupart de ces sujets, cesse de fonctionner à la moindre poussée inflammatoire aiguë. C'est ce qui explique l'effrayante mortalité des calculeux opérés après quatre-vingt ans ; ils succombent dans la proportion de 60 à 80 0/0 suivant les diverses statistiques. Aussi presque tous les chirurgiens acceptent-ils comme règle aujourd'hui de mettre tout en œuvre pour faire supporter leurs calculs à ces vieillards ; au moyen d'un repos plus ou moins absolu, de calmants, d'un cathétérisme régulier on leur rend souvent l'existence supportable. Il est d'ailleurs un fait à remarquer, c'est qu'à cet âge et surtout quand la prostate est développée, la vessie se montre d'une certaine tolérance ; je citerai en particulier deux vieillards, l'un de quatre-vingt-trois, l'autre de quatre-vingt-sept ans, calculeux tous deux, à qui je donne des soins depuis plusieurs années et qui refusent toute opération ; ils ont tous les ans quatre à cinq crises de cystite de plusieurs jours de durée; le reste du temps leurs sensations sont peu douloureuses.

C'est la conduite que j'avais cru devoir tenir vis-à-vis de M. D... dont j'ai rapporté l'observation. Je n'avais pas pratiqué d'exploration métallique ; car il n'est pas douteux que l'introduction de bougies de Beningé, faite en mon absence, n'ait été le point de départ des accidents de cystite. Il est probable qu'une inoculation septique a été faite à ce moment, car dès lors on voit la maladie changer d'allure. Néanmoins les périodes d'accalmie étaient encore assez longues, les accès de cystite ne duraient que quelques jours. L'âge de quatre-vingt-quatre ans m'inspirait des craintes d'assister à une catastrophe immédiate, malgré l'état relativement satisfaisant de la santé général, et je conseillai à la famille l'abstention opératoire. Ce fut également l'opinion de M. Guyon qui vit le malade peu après.

Quelques mois après l'état n'était plus le même et c'était un véritable martyre qu'endurait M. D.... Dans ces conditions, sans perdre de vue la gravité d'une opération, il fallait surtout évaluer les chances de succès qu'elle pouvait fournir, et voir si on ne s'exposerait pas à une catastrophe certaine. Or, la fièvre ne s'était pas montrée, il ne paraissait y avoir jamais eu de poussée aiguë de néphrite ; l'appétit était suffisant pour permettre au malade de se nourrir. Enfin et surtout j'attachais une très grande importance à la composition de l'urine ; les éléments minéraux s'y rencontraient en quantité à peu près normale, en particulier l'urée sécrétée atteignait le chiffre de 18 grammes en 24 heures.

Je me décidai pour la lithotritie ; la taille périnéale constituait un traumatisme considérable ; l'hypertrophie et la vascularisation extrême de la prostate créaient de grands dangers. La taille hypogastrique était possible et j'avais tout disposé pour y recourir si j'avais rencontré de trop grandes difficultés de cathétérisme ; mais l'état d'inflammation de la vessie ne m'aurait pas permis d'en faire la suture après la section ; j'aurais été contraint d'établir un drainage hypogastrique. La cicatri-

Digitized by Google

sation eut alors exigé un séjour au lit prolongé et dangereux pour un vieillard de cet âge.

Comme on l'a vu, la lithotritie a présenté quelques difficultés d'exécution, mais a donné de bons résultats. Pour les obtenir il était nécessaire de prendre les plus minutieuses précautions aseptiques et antiseptiques. Les instruments, métalliques ou non, avaient été stérilisés, ainsi que les seringues et l'aspirateur; j'ai opéré dans un milieu antiseptique et je suis certain de n'avoir pas contaminé le champ opératoire. Cette antisepsie *absolue* me semble indispensable à réaliser dans tous les cas de lithotritie où l'infection est facile, et où le terrain est des mieux préparés. Si on ne pouvait pratiquer le broiement dans ces conditions, il faudrait mieux recourir à la taille hypogastrique qui constitue peut-être un traumatisme plus important, mais pendant l'exécution de laquelle le chirurgien peut plus facilement être certain de son antisepsie.

En rapprochant ce cas d'autres opérations que j'ai faites dans des conditions analogues chez des vieillards de 78, 79, 81 ans, je crois pouvoir conclure que c'est moins au chiffre même de l'âge qu'il faut s'attacher qu'à la force de résistance du malade et au degré d'intégrité des reins, mise en évidence par l'analyse des urines. Néanmoins, au delà de quatre vingts ans, toute opération intra-vésicale revêt une gravité considérable ; ce sont donc les symptômes, surtout la violence et la continuité des douleurs qui fournissent les indications opératoires.

CORRESPONDANCE DES DÉPARTEMENTS

Maubeuge, 2 janvier 1891.

Sur un cas de hernie ombilicale congénitale.

Le 14 août, au soir je fus appelé auprès de l'enfant de M. G... qui venait de naître avec une difformité.

A mon arrivée, la sage-femme m'apprit que l'accouchement avait été des plus simples, durant moins de cinq heures, temps relativement court pour une primipare. Elle se disposait à faire la ligature du cordon lorsqu'elle fut surprise par l'aspect d'une énorme masse intestinale s'étalant sur l'abdomen.

L'enfant est du sexe masculin; venu à terme, il est bien conformé quoique d'un poids inférieur à la moyenne (2 k.250). Mais, à gauche et en contact avec l'anneau ombilical, on aperçoit une ouverture elliptique mesurant près de six centimètres de hauteur sur quatre centimètres de largeur et, par cette éventration, avait fait issue presque tout l'intestin dépourvu d'enveloppe, *étalé à nu* par conséquent sur l'abdomen. A l'examen, je trouve en effet l'intestin grêle, le cœcum reconnaissable à son appendice iléo-cecal, le côlon ascendant, de plus quelques débris d'amnios et de gélatine de Warthon et enfin un peu de sang provenant des bords avivés de la plaie ventrale.

Après avoir pris toutes les précautions antiseptiques, je parvins, au bout de vingt minutes, à réduire toute la masse herniée ; cette réduction fut suivie aussitôt d'une expulsion de méconium. Je fis ensuite un pansement humide, composé d'une compresse trempée dans de l'eau phéniquée à 1/100 et recouverte de taffetas gommé et j'appliquai par dessus un bandage modérément compressif.

15 août. — L'enfant n'a pas eu de selle; il a vomi une partie de la nuit et n'a eu aucun instant de repos. En renouvelant le pansement, je constate que tout est resté intact.

La mère, ne croyant pas à l'existence de son enfant, refuse de le mettre au sein ; je prescris un peu de lait coupé avec de l'eau de Seltz et un lavement émollient.

16 août. — Signes d'obstruction intestinale : pas de selle, vomissements fécaloides, face et extrémités bleuâtres et froides; pouls incomptable. L'enfant ne paraît pas devoir passer la journée. La plaie est en bon état.

17 août. — Contre ma prévision, je trouve l'enfant vivant; il a fait une selle au commencement de la nuit et a dormi deux heures ; les vomissements ont presque disparu.

19 août. — L'amélioration a continué ; la plaie est en bonne voie de cicatrisation et, devant ce résultat, la mère se décide à nourrir. Chute du cordon sans phénomènes réactionnels.

Enfin, à partir de cette époque, la plaie marche rapidement vers la guérison et, le 25 aout, le père ayant dû accomplir une période d'instruction militaire, la mère est retournée à Hautmont dans sa famille. Là, mon excellent confrère, le Dr Follope visita l'enfant et toucha avec la pierre infernale la plaie qui mesurait encore l'étendue d'une pièce de cinquante centimes.

30 août. — La mère est revenue à Maubeuge ; la plaie pourrait à peine laisser passer un petit pois, je la touche également avec le nitrate d'argent et le 4 septembre la guérison est définitive.

Cette observation est intéressante d'abord par la rareté des hernies ombilicales congénitales dont Gosselin n'a vu que deux exemples et par la rareté encore plus grande de leur guérison, quand elles sont volumineuses. Il s'agissait ici évidemment d'une variété de *hernie fœtale* ; l'avivement des bords de la plaie prouvait que la hernie était récente et avait du se faire pendant les efforts de l'accouchement, augmentée peut-être de volume par les premiers cris de l'enfant et ses premiers mouvements respiratoires.

(Théorie de Cruveilhier). — Mais néanmoins, pour qu'elle puisse se produire, il fallait nécessairement qu'il y eût un *arrêt de développement des parois*; c'est en effet la théorie de l'arrêt de développement, formulée par Bérard, qui est admise actuellement par la plupart des auteurs comme la véritable cause de ces exomphales.

Quant au traitement, contrairement à l'avis de Bérard et Vidal (de Cassis), je n'ai pas suturé et je pense même que la suture est non seulement inutile, mais nuisible. Multiplier les soins pour diminuer les cris de l'enfant, une antisepsie rigoureuse et une légère compression suffiront souvent pour procurer d'excellents résultats.

Dr Paul Jean.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 *décembre* 1890.

Présidence de M le Dr Horteloup

Deux cas de trépanation du crâne : guérison. — M. Routier. M. Claudot, médecin principal au Mans, nous a envoyé une observation intéressante de trépanation, nécessitée par fracture du crâne et suivie de guérison. Un cavalier reçoit un coup de pied de cheval, vers le 10 mars, dans la région temporale : perte de connaissance pendant trois minutes. Lorsque le blessé revient à lui, il pousse des cris, a quelques vomissements, des envies fréquentes d'uriner. M. Claudot constate une plaie du crâne avec fracture et enfoncement d'un morceau d'os de 2 sur 5 centimèt. Il trépane, enlève le morceau d'os et arrête l'hémorrhagie par un tampon de gaze iodoformée. Le 20 mai, 37 jours après l'accident, le malade reprenait son service.

Digitized by Google

M. Routier a publié un cas qui se rapproche beaucoup de celui-ci. Un ouvrier fait une chute dans une cave; immédiatement après se déclare une hémiplégie, puis le lendemain le malade tombe dans le coma. M. Routier ne constate pas de plaie du crâne, mais pense qu'une hémorrhagie intra-crânienne est la cause de ces accidents. Il trépane, enlève un caillot sanguin, est obligé, par suite de la lésion de l'artère méningée moyenne, de faire de la compression pour arrêter l'hémorrhagie. Le malade revient à lui Le lendemain on enlève le tampon et, peu après, les symptômes paralytiques disparaissent. La guérison a été complète comme dans le cas précédent.

Traitement du prolapsus rectal. — M. Gérard-Marchand. Le traitement du prolapsus rectal a été l'objet de nombreux travaux (Nélaton, Verneuil, Lyot, etc.); malgré cela, le choix du procédé à employer suivant les cas n'est pas encore parfaitement établi.

Un homme de 45 ans entre dans le service de M. Gérard-Marchand pour un prolapsus rectal. Ce prolapsus est intermittent; se produit à chaque selle, se réduit facilement et ne dépasse jamais 10 centimètres. Le périnée est assez résistant; l'anus, dilaté, est cependant suffisant.

Il n'y a pas lieu d'extirper le rectum, car il n'y a ni rétrécissement (cas de Segond) ni tumeur. Il faut le fixer, et pour cela M. Marchand emploie le procédé de rétropexie postérieure de M. Verneuil modifiée de la manière suivante : deux incisions sont pratiquées de l'anus vers le coccyx, de manière à découvrir la face postérieure du rectum. Celui-ci fait presque hernie dans la plaie : pour l'empêcher de descendre on le fixe à la partie superieure de la plaie par trois ligatures transversales passer dans son épaisseur sans intéresser la muqueuse. Cela fait, le rectum a un volume normal. Des sutures fixent sa face postérieure au coccyx, puis à la peau.

Ainsi, le rectum est diminué d'abord de longueur, puis il est fixé au coccyx et enfin à la peau.

Ce sont trois chances d'éviter une récidive.

Le malade a guéri. Il est peu probablo qu'une récidive puisse se faire.

Intervention chirurgicale dans les maladies de foie. — M. Terrillon : expose les résultats de six interventions pour tumeur de la vésicule biliaire, de deux incisions exploratrices sur le foie. Dernièrement il a communiqué à l'Académie un cas d'ablation d'un morceau de foie :

1° Une fille de 23 ans a une tumeur de la vésicule biliaire. Incision : on enlève un calcul libre dans la vésicule, un calcul fixé dans le canal cystique. La vésicule est fixée aux parois abdominale. Deux mois et demi après la fistule biliaire, qui en était résultée, s'était bouchée et la malade guérie;

2° Femme de 28 ans, prise en bonne santé d'une péritonite aiguë dans la région hépatique Après cette poussée. On trouve une tumeur au-dessus de l'ombilic. Ponction exploratrice: 700 grammes de liquide chargé de bile. Laparotomie : vésicule adhérente à parois épaisses, infiltrée de sels calcaires, pas de calculs. C'est à grand'peine qu'on peut enlever un peu des sels incrustant les parois. Fixation de la vésicule : peu à peu les sels s'éliminent par la fistule : six mois après guérison

Femme de 53 ans, a des coliques hépatiques depuis long-[illegible] tumeur de la vésicule biliaire, douleurs, vomissements, [illegible] laparotomie, la vésicule biliaire est transformée en une [illegible] pierre, il faut de forts ciseaux pour la couper, deux [illegible] réunis entre eux et aux parois de la vési-[illegible] stalactites. Fixation de la vésicule, Dans la suite [illegible] extraire par la fistule 40 calculs. L'opération a été [illegible] mois, actuellement il reste une petite fistule;

4° [illegible] coliques hépatiques anciennes : tumeur descendant [illegible] dessous de l'ombilic. Ponction : 100 grammes de li-[illegible] biliaire muqueux. Laparotomie: vésicule adhérente, à parois très épaisses : 3 litres de liquide muqueux. Fixation. Guérison de la fistule six semaines après;

5° Peligieuse : 23 ans : ictère depuis 5 mois, amaigrissement extrême ; tumeur biliaire. Laparotomie : impossible de trouver l'obstacle au cours de la bile dans les canaux biliaires. Fixation de la vésicule: écoulement abondant de bile pendant 30 jours ; mort ;

6° Femme, 45 ans, coliques hépatiques anciennes, tumeur biliaire et douleurs fréquentes. Laparotomie ; la vésicule saine est enlevée. Guérison.

Incisions exploratrices sur le foie :

Homme de 26 ans, reçoit un coup d'épée en duel dans le flanc droit entre les deux dernières côtes. Le soir même il reprend ses occupations. Le 21e jour frisson, il se répète le 22e, le 23e et le 24e jour: incision exploratrice de 12 centimètres le long des fausses côtes droites. On ne trouve rien au foie. Cinq ponctions exploratrices avec l'aiguille de Potain, dans le foie, pas de résultat. Quatre jours après frisson, qui revient les jours suivants; mort le 30 jour après le duel. On trouve à l'autopsie un abcès intra-hépatique gros comme le pouce.

Un homme de 50 ans présente au-dessous des fausses côtes une tumeur fluctuante. Une ponction exploratrice ramène 20 grammes d'un liquide sanguinolant mêlé de bile Une incision exploratrice permet de reconnaître une certaine tuméfaction du foie, qui est ponctionnée. On en retire 300 grammes du même liquide. Le malade succombe quelques semaines après. A l'autopsie on trouve dans l'intérieur du foie une masse cancéreuse, voisine du hile.

Cure radicale d'une hernie du poumon. — M. Tuffier présente un malade guéri d'une hernie de poumon par l'opération de la cure radicale. — Un homme de 40 ans était entré à l'hôpital Cochin pour une tumeur occupant le 3e espace intercostal droit. La tumeur, réductible et sonore, du volume d'un œuf, était survenue spontanément, elle déterminait de vives douleurs, et empêchait tout effort. M. Tuffier posa le diagnostic « hernie spontanée du poumon ». En présence des accidents il fit l'opération suivante :

Incision de 7 centimètres parallèle à la 4e côte, sur la tumeur, en dehors du sternum, incision du grand pectoral; dissection du sac pleural herniaire. Avant de le réséquer. M. Tuffier débride le collet formé par le muscle intercostal au niveau de l'espace perforé antérieur. Le malade étant suspecté de tuberculose, le chirurgien introduit à travers la plaie, deux doigts dans le thorax en décollant la plèvre et arrive au sommet du poumon qu'il isole et explore, il ne constate aucune nodosité; il explore de même en descendant la face antérieure du cœur et de l'aorte; il lie et resèque ensuite le sac herniaire, recoud le muscle intercostal ferme l'orifice herniaire à la soie. Il suture le muscle grand pectoral au catgut et ferme la peau au crin de Florence. Le tout sans aucun drainage.

Réunion par première intention en 7 jours. — Aujourd'hui, deux mois après l'opération, le malade est parfaitement guéri; il n'y a pas trace de récidive.

M. Reynier présente une ovaro-salpingite purulente enlevée le matin par la laparotomie.

Dr H. Marcigüey

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 janvier 1890

Présidence de M. le Dr Tarnier

M. Regnault propose de remplacer, dans l'armée, le sulfate de quinine par le sulfate de cinchonidine, qui aurait la même action et l'avantage de coûter beaucoup moins cher.

Digitized by Google

M. Laborde s'élève contre cette opinion. L'action des deux sels de quinine n'est pas la même, le sulfate de cinchonidine ayant une action convulsivante que ne possède pas le sulfate de quinine.

M. Bergeron propose d'écrire au ministre de la marine pour qu'on essaye les deux sels de quinine comparativemont dans les colonies. Cette proposition est adoptée.

M. Moutard-Martin résume les travaux de l'Académie de médecine en 1890.

M. Tarnier remercie l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait en le nommant président. Il propose de voter des remerciements à MM. Moutard-Martin, Bergeron, Feréol, Caventou, Empis et Marc Sée. (*Applaudissements.*)

M. Tarnier annonce à l'Académie la mort de M. le Dr Baillarger.

M. F. Franck lit le discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. Baillarger.

La séance est levée en signe de deuil.

F. R.

INFORMATIONS

PARIS

Académie des sciences. — *Prix de l'année* 1890. — Parmi les lauréats nous publions les noms de ceux qui appartiennent au corps médical.

Prix Montyon. — (Statistique). A M. le Dr Topinard (Statistique de la couleur des cheveux et des yeux en France.

Prix Jecker. — A M. le Dr Hanriot (Recherches sur l'eau oxygénée).

Prix Montagne. — A M. le Dr A. Billet (Morphologie des bactériacées).

Prix Savigny. — A M. le Dr Jousseaume (Exploration de la mer Rouge).

Prix Serres. — A M. le Dr C. Dareste, de Paris, auteur de la Tératologie expérimentale.

Prix Montyon. — (Médecine et chirurgie). — 1° à MM. les Drs F. Guyon (Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires); 2° Auguste Ollivier (Travaux d'hygiène et de clinique médicale); 3° Paul Richer (Traité d'anatomie artistique avec description des formes extérieures du corps humain au repos et dans les principaux mouvements).—Mentions honorables à M. le Dr Mauriac (Des accidents primaires, secondaires et tertiaires de la syphilis; à MM. Chauvel et Nimier, médecins militaires, et à M. le Dr Fiessinger, d'Oyonnax (Epidémie de grippe à Oyonnax (Ain) en 1889).

Citations : 1° à MM. les Drs C.-L. Coutaret, de Roanne (Etude sur la dyspepsie et le catarrhe gastrique); 2° G. Pichon (Les maladies de l'esprit, les morphinomanes, les persécuteurs et les persécutés).

Prix Bréant. — A M. le Dr A. Layet, de Bordeaux (Traité pratique de la vaccination animale).

Prix Godard. — A M. le Dr S. Pozzi (Traité de gynécologie clinique et opératoire).—Mention très honorable (Traité des maladies du testicule et de ses annexes), de MM. les Drs Ch. Monod et O. Terrillon.

Prix Barbier. — A M. le Dr Claude Martin (De la prothèse immédiate appliquée à la résection des mâchoires, de la rhinoplastie, sur appareil prothétique permanent et de la restauration de diverses parties de la face, lèvres, nez, langue, voûte et voile du palais). Mentions honorables à M. Gaston Lyon (Analyse du suc gastrique) et à M. Dupuy (Traité des alcaloïdes).

Prix Lallemand. — Le prix est partagé entre : 1° Mme Dejerine-Klumpke (Des polynévrites en général et des paralysies et atrophies saturnines en particulier; et 2° M. le Dr Georges Guinon (Les agents provocateurs de l'hystérie).

Concours Bellion. — Deux encouragements de 500 fr. — 1° à M le Dr H. de Brun, de Beyrouth (Etude sur l'action thérapeutique du sulfate de cinchonidine); 2° à MM. les Drs A. Morel-Lavallée et Bélières (Syphilis et paralysie générale). Mentions honorables : 1° à M. le Dr Sutils, de La Chapelle-la-Reine (Guide pratique des pesages); 2° et M. le Dr Bedoin (Notions élémentaires d'hygiène publique).

Prix Mège. — A M. le Dr Nicaise (Physiologie de la trachée et des bronches; déductions pathologiques).

Prix Montyon. — Deux prix *ex æquo* sont décernés : à MM. les Drs E. Gley (Mémoires sur la physiologie du système nerveux et l'inexcitabilité périodique du cœur), et Wertheimer, de Lille (Travaux de physiologie expérimentale).—Mentions honorables : 1° à M. E.-A. Alix (Esprit de nos bêtes); 2° à MM. les Drs C. Arthaud et L. Butte (Travaux de physiologie expérimentale). Citations honorables à MM. les Drs A.-B. Griffiths et Lenoble du Teil.

Prix proposés pour l'année 1891. — *Prix Montyon.* — Statistique de la France.

Prix Lacaze. — A décerner au meilleur travail de physique.

Prix Lacaze. — A décerner au meilleur travail de chimie.

Prix Bordin. — Etude comparative de l'appareil auditif chez les animaux vertébrés à sang chaud (mammifères et oiseaux).

Prix da Gama Machado. — Les parties colorées du système tégumentaire des animaux, ou sur la matière fécondante des êtres animés.

Prix Montyon. — Découvertes relatives à l'art de guérir.

Prix Bréant. — Le choléra asiatique.

Prix Godard. — Anatomie, physiologie et pathologie des organes génitaux.

Prix Chaussier. — Travaux importants de médecine légale ou de médecine pratique.

Prix Barbier. — Découvertes dans les sciences chirurgicales, médicales, pharmaceutiques et dans la botanique, ayant rapport à l'art de guérir.

Prix Lallemand. — Travaux sur le système nerveux.

Prix Bellion. — Découvertes profitables à la santé de l'homme ou à l'amélioration de l'espèce humaine.

Prix Mège. — Sur les causes qui ont retardé ou favorisé les progrès de la médecine depuis la haute antiquité jusqu'à nos jours.

Prix Montyon. — Physiologie expérimentale.

Prix Pourat. — Fonctions du corps thyroïde.

Prix Martin-Damourette. — Physiologie thérapeutique.

L'enseignement médical des hôpitaux — Entre autres dispositions budgétaires, le conseil municipal vient de voter les subventions suivantes, qui sont une sanction de ses projets relativement à la création d'un enseignement municipal de la médecine.

Sous-chapitre 35. — Il est accordé : 17700 francs aux bibliothèques médicales des hôpitaux et hospices; — 1500 francs aux laboratoires de MM. Lancereaux, Jeoffroy, H. Huchard, et 1200 francs à celui de M. Hallopeau, etc., etc.

Académie de médecine. — *Récompenses aux médecins des eaux minérales.* — Une médaille d'or a été décernée à M. le Dr Grimaud (de Barèges) pour l'ensemble de ses travaux sur la tuberculose externe.

Société médico-pratique de Paris. — Bureau de la Société médico-pratique pour l'année 1891 :

Président d'honneur : M. Huchard;
Président : M. Descroizille;
Premier vice-président : M. Boutin;
Deuxième vice-président : M. Peyrot;
Secrétaire général : M. Cyr;
Secrétaire général adjoint : M. Tripet;

Digitized by Google

Secrétaires annuels : MM. Pennel et Potherat;
Trésorier : M. Ferd. Vigier.

Ordre du jour de la séance du 12 janvier :

1° Installation du bureau;

2° Discussion sur l'opportunité d'une fusion de la Société avec d'autres Sociétés similaires;

3° M. Cousin : Observation d'une jeune fille tuberculeuse traitée par le liquide de Koch ;

4° M. Huchard : A. Les lésions veineuses chez les artério-scléreux ; B. Les cardiopathies et l'artério-sclérose post-grippale.

N. B. — Le banquet annuel aura lieu le 22 courant chez Marguerie. Prière d'envoyer son adhésion au Dr Philbert, 34, boulevard Beaumarchais.

Association des sages-femmes. — On annonce la création prochaine d'une institution qui, sous ce nom, aurait pour objet de perfectionner l'instruction technique de ses membres.

Cette institution répondrait à celles qui existent en Allemagne et en Belgique où elles rendent les plus grands services, comme M. Budin le montrait dans un rapport à l'Académie, par la création de cours de vacances et de perfectionnement. Nous souhaitons un heureux succès aux initiateurs de cette œuvre si utile au point de vue professionnel et humanitaire.

ÉTRANGER

ETATS-UNIS : **Association américaine contre l'alcoolisme.** — Cette association offre un prix de 2000 francs au meilleur mémoire sur la question suivante : l'usage habituel de l'opium, sous une forme quelconque, provoque-t-il des troubles organiques du rein?

Adresser, avant 1893, les mémoires à M. A. Bromis à New-York.

NOUVELLES MILITAIRES

FRANCE

Nominations dans le corps de santé militaire (Activité). *Au grade de médecin principal de 1re classe* : M. Kiener, médecin principal de 2e classe.

Au grade de médecin principal de 2e classe : M. Rouflay, médecin-major de 1re classe.

Au grade de major de 1re classe : MM. les majors de 2e classe: Choux, Morer, Renaut, Bachos, Burlureaux, Voizard, Girardin, Boutié, Hussenet, Villiès.

Au grade de major de 2e classe : MM. les aides-majors de 1re classe : Lassalle, Pesme, D'Audibert, Caille, du Bourguet, Mazeillé, Talayrach, Forguc, Jacquemin, Morin, Bordes-Pagès, Joire, Treillet.

Armée territoriale. *Au grade de médecin-major de 2e classe* : MM. les docteurs Berthelon et Michel.

Nominations dans le corps de santé de la marine (Activité). *Au grade de médecin de 2e classe* : MM. les docteurs Ardeber et Peltier, médecins auxiliaires de 2e classe.

(Réserve). *Au grade de médecin de 1re claese* : M. Guérard de la Tuesnerie, médecin de 1re classe.

ÉTRANGER

ANGLETERRE. — **Les infirmières dans l'armée des Indes.** On vient d'organiser un service d'infirmières militatres dans les hôpitaux militaires des Indes. Ces infirmières sont recrutées parmi des femmes qui ont fait un stage de un an dans un hôpital de la métropole et auront reçu une éducation médicale et chirurgicale.

Les quatre sections d'infirmières seront reparties entre les subdivisions militaires de Meerut, Bangolore, Rawal-Pindi et Poona.

VARIÉTÉS

Le beurre végétal ou végétaline. — Par la plume de M. Ferdinand Jean, le *Moniteur scientifique* nous apprend que, depuis quelque temps, on fabrique, en Allemagne et en France, une graisse alimentaire qui est obtenue par un traitement spécial des huiles extraites du fruit du cocotier. On exprime à froid ou à chaud la pulpe de la noix de coco, et on en extrait ainsi une huile, dont le rendement est de 60 parties pour 100 parties de noix. Cette huile est blanche; elle a une odeur et une saveur *sui generis* ; elle rancit facilement. Pour la transformer en graisse alimentaire, on la traite par l'alcool et le noir animal; on lui enlève ainsi les acides gras volatils et odorants.

Avec les matières que dissout l'alcool, on fabrique des éthers aromatiques utilisables dans la confiserie et la fabrication des liqueurs.

Cette graisse, à laquelle on a donné le nom de *végétaline*, est blanche, de consistance butyreuse, de saveur douce et agréable, neutre, fusible à 25 degrés; elle ne contient presque pas d'eau, tandis que le beurre vrai en renferme 15 à 20 0/0; elle ne rancit pas, ce qui permet de l'employer pour la confection des pâtisseries. On sait que le beurre véritable renferme environ 7 0/0 d'acides solubles (butyrique, caproïque, caprique, caprylique, etc.), tandis que la margarine n'en contient que des traces. La végétaline se rapproche du beurre à ce point de vue, car elle renferme à peu près la même quantité d'acides solubles.

Il reste à savoir si le beurre de coco est aussi assimilable que le beurre vrai ou la margarine. M. Jean a essayé d'élucider cette question en l'émulsionnant avec du fiel de bœuf, et en comparant les résultats obtenus avec ceux que donnent le beurre et la margarine. M. Jean a observé que le beurre vrai est, des trois graisses essayées par lui, la seule qui se soit émulsionnée complètement sans laisser de globules de graisse.

Le beurre de coco servira-t-il à frauder le beurre? C'est possible ; néanmoins, le mélange de ces deux graisses ne s'effectue qu'avec beaucoup de difficultés.

La consommation du lait aux Etats-Unis — D'après l'*American Analyst*, il existe 15 millions de vaches qui consomment 30 millions de tonnes de foin, sans compter les autres substances alimentaires, et qui fournissent 6,750,000,000 de galons de lait, représentant 810,000,000 de shillings. On évalue à 15 0/0 la quantité de ce liquide qui entre dans la fabrication du beurre et du fromage. Enfin, autres chiffres de nature à satisfaire les mathématiciens de l'hygiène, on estime en Amérique qu'il faut 8 litres 1/2 de lait pour représenter la valeur alimentaire en albuminoïde d'une livre de viande.

De la technique de l'allaitement des enfants par une chèvre. — M. le Dr Morisset (de Mayenne), qui recommande le lait de cet animal, conseille de choisir une chèvre blanche et sans cornes, parce que les individus de cette espèce sont doux et sobres et possèdent des tétines bien conformées.

L'allaitement se fait au pis, l'animal étant tenu ou attaché par sa barbiche. On appuie sa tête sur le bras droit; de la main gauche on amène un trayon dans la bouche de l'enfant, on le presse légèrement et on l'y maintient durant toute la tétée. Après quelques séances, l'éducation de l'animal est parfaite et il se prête à cette opération.

Un moyen de rechercher les iodures alcalins dans les urines. — M. E. Besnier le recommandait dernièrement dans l'une de ses conférences à l'hôpital Saint-Louis.

On met un pain azyme dans l'urine et on ajoute à cette dernière quelques gouttes d'acide nitrique pour mettre l'iode en liberté. Si le malade prend un iodure alcalin; le pain azyme se colore en bleu. Par ce moyen il a pu reconnaître la supercherie

Digitized by Google

d'un pharmacien qui, dans une solution, avait substitué la bicarbonate de soude à l'iodure de potassium.

Les pierres oculistiques. — Un observateur distingué de la province, M. le Dr Auzillon, donne dans le *Recueil d'ophtalmologie* des détails intéressants sur une pratique des empiriques de certains départements du midi.

Dans les départements du Gard, de l'Hérault et de la Lozère, les pierres oculistiques jouent encore un grand rôle dans le traitement des maladies des yeux. Ces pierres sont regardées comme ayant une grande valeur thérapeutique et constituent une propriété de famille.

Les unes sont finement gravées et représentent des sujets mythologiques ou des animaux; les autres, quoique taillées avec assez d'art, ne portent aucune gravure, ne doivent leur réputation qu'à la nature de la pierre; il en est même qui représentent des sujets en applique et en émail. Même diversité dans leur composition : l'agate, le grenat, le cristal de roche sont employés indifféramment. Un fossile siliciflé, un verre bleu constitue la matière de deux autres. Leurs dimensions sont variables, mais elles ne dépassent guère dans leur plus grand diamètre une douzaine de millimètres; le plus grand nombre sont de forme ovale, quelques autres rondes ou rectangulaires, mais à angles très émoussés. Ces pierres sont surtout employées contre les taies de la cornée et les affections atoniques de la cornée. La pierre est introduite entre la paupière, sa surface lisse tournée du côté de la cornée. Elle est laissée à demeure dans l'œil pendant un certain temps, même la nuit, suivant la nature de la maladie. Certains malades ont conservé ces pierres pendant plus de deux semaines.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les docteurs Rampal, professeur à l'école de Marseille; Boyer (de Paris); Roustan père (de Creil); Pichot (de la Loupe); Tanqueret (de Coutances); Verollot (d'Ivry-sur-Seine); Sognet (de Liverdun); Quesnoy (ancien médecin inspecteur du service de santé militaire); de Baillarger (de Paris) et Prelle (d'Epernay).

En Allemagne : MM. les docteur Mayer, privat docent de gynécologie à la Faculté de médecine de Berlin; Jacobson, professeur à la Faculté de Berlin.

En Belgique : M. le docteur De Pæpe (de Bruxelles).

En Italie : M. le docteur Coppola, professeur de pharmacologie à la Faculté de Florence.

En Suisse : M. le docteur Prachand (de Genève).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Linden (K. G.). — Six cas d'empyème après l'influenza (*Finska Lakares. Handlingar*, juin 1890, p. 895.).

Lord Balcock (John) — Notes sur les névroses réflexes (*The New-York Med. Record*, 2 août 1890).

Rake (Beaven). — Deux cas de lèpre traités par l'excision des tubercules et par les applications d'iodure rouge de mercure (*The New-York Med. Journal*, 2 août 1890).

Roulland (A). — Des folies dites cardiaques (*Le Poitou Médical*, 1er juillet 1890).

Sacaze. — Quelques cas de tremblement chez les vieillards (*Montpellier Médical*, 1er juillet 1890, p. 5).

Valenti. — De la pneumonie croupale (*Revista clinica e terapeutica*, août 1890, p. 410).

Banet. — Notes d'urologie clinique infantile (*Revue méd. de la Suisse romande*, 20 sept. 1890).

Dreschfeld (J.) — Quelques formes rares de l'hystérie chez l'homme (*The med. Chronicle*, oct. 1890, p. 22).

Corning (L.) — Quelques considérations sur la nature du goître exophtalmique (*The New-York medical journal*, 13 sept. 1890).

Gianipretio. — Urticaire produite par le sulfate de quinine (*Rivista clinica et terapeutica*, sept. 1890, p. 454).

Hanon (A.) — Crétinisme et myxœdème (*Brit. méd. journal*, 4 oct. 1890, p. 785)

Hyelmman (J.-V.) — Cas de syphilis articulaire tertiaire (*Finska Lakares, Handlingar*, sept. 1890, p. 539).

Kelsch. — De la fièvre typhoïde dans les milieux militaires (*Revue d'hygiène*, 20 sept. 1890, p. 78).

Lacroix. — Sur un cas d'aphasie motrice et sensorielle (*Lyon médical*, 28 sept. 1890).

Landi. — Albuminurie cyclique (*Rivista generale italiana di clinica medica*, 30 sept. 1890).

Oddo. — Maladie de Corrigan avec anomalies artérielles simulant la maladie de Hotgson (*Marseille médical*, 30 sept. 1890).

Orion. — De l'examen du sang au point de vue du diagnostic des maladies aiguës (*Archives de médecine et de chir. militaires*, oct. 1890, p. 280).

Pemberton Peacke. — Quelques observations sur la pathologie et le traitement de la migraine (*The Lancet*, 27 sept. 1890).

Picot. — Sur quelques cas de rotation de la tête et de déviation conjuguée des yeux (*Gaz. des Sciences médicales de Bordeaux*, 28 sept. 1890).

THÉRAPEUTIQUE ET MATIÈRE MÉDICALES

Aulde (J.) — La pharmacologie de l'ergot (*The New-York med. journal*, 27 sept. 1890).

Bunal. — Note sur les extraits de cannabis indica (*Montpellier méd.*, 1er nov. 1890).

Bryce.— De la valeur de l'hydronaphtol comme antiseptique (*The Brit. med. journal*, 22 nov. 1890).

Cattaneo (A.) — De la pyectanine comme antiseptique en ophtalmologie (*Il policlinico*, 23 oct. 1890).

Elizagaray (J.-L.) — Traitement de la sarcinose par le sulfate de soude (*La Andalucia medica*, 30 sept. 1890).

Papuli. — Du pouvoir antiseptique du salol (*Revista clinica e terapeutica*, sept. 1890, n° 9).

ERRATUM. — Par suite d'une omission, les noms des correspondants parisiens et départementaux du *Journal des praticiens* ont été oubliés sur la converture de l'année 1890 (n° 53, du 31 décembre dernier).

Nous les rétablissons ainsi, en exprimant tous nos regrets de cette omission fâcheuse.

(N. de la R.)

Correspondants de Paris et des départements.

Benoit, à Toulouse (Lot-et-Garonne).
Bovet, à Paris.
Bouloumié, à Paris.
Calvet, à Villiers-sur-Mer (Calvados).
Cazaux, à Oloron (Basses-Pyrénées).
Cazenave de la Roche, à Menton (Alpes-Maritimes).
Chevalier, à Compiègne (Oise).
Clozier, à Beauvais (Oise).
Couétoux, à Nantes (Loire-Inférieure)
Françon, à Lyon (Rhône).
Fourrier fils, à Compiègne.
Langlais, à Pontivy (Morbihan).
Lécuyer, à Beaurieux (Aisne).
Philbert, à Paris.

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE N° 2 14 JANVIER 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, DEMELIN, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

Avis. — *L'administration de la* REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE *prie instamment ses souscripteurs de lui faire parvenir au plus tôt le montant de leur renouvellement et d'y joindre l'une des bandes du journal.*

Prime à nos abonnés. — A ceux de nos *abonnés actuels ou nouveaux* qui désirent se procurer les **Mementos thérapeutiques des praticiens**, nous rappelons que, en leur faveur, le prix de ce volume est :

De **2** fr. **50** livré dans nos bureaux ;

Et de **3** fr. **25** à domicile (franco de frais d'expédition et de poste).

Un nombre considérable de demandes de MEMENTOS *nous étant parvenues durant ces derniers jours, l'Administration du journal informe MM. les souscripteurs que l'expédition de ce volume ne peut se faire que successivement et dans l'ordre des inscriptions.*

Elle prie, en outre, MM. les abonnés qui lui ont adressé une souscription inférieure à 3 fr. 25 (*prix d'expédition et de port compris*), de vouloir bien la compléter le plus tôt possible.

THÉRAPEUTIQUE DERMATOLOGIQUE

Les traitements de la tuberculose lupique

Par M. le Dr E. BESNIER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis, Membre de l'Académie de médecine.

I. — LE LUPUS EST UNE DES FORMES DE LA TUBERCULOSE CUTANÉE. — Bien que l'observation clinique ait permis, depuis assez longtemps déjà, de reconnaître que le lupus *vulgaire* en particulier, et diverses autres lésions tégumentaires autrement dénommées — rupia scrofuleux, scrofulides malignes, impétigo rongeant, scrofuloderme, papillomes cicatriciels et mutilants, tubercule des anatomistes, folliculites agminées chroniques, etc., etc., — ou innommées, appartenaient à la classe des tuberculoses, c'est seulement depuis la découverte du bacille de Koch, et grâce aux progrès de la technique bactériologique, expérimentale et histologique, que cette notion a été généralement acceptée, et est devenue classique.

En ce qui nous concerne, après avoir laborieusement lutté pour la défense de ce que l'on reconnaît aujourd'hui être la vérité (1), nous avons eu la satisfaction de voir nos contradicteurs de la veille oublier avec aisance leur opposition, et devenir les défenseurs fervents de ce qu'ils contestaient, naguère, avec une énergie extraordinaire.

A présent, la question est jugée, et les travaux démonstratifs affluent : déjà il n'est plus besoin de l'animal réactif ; l'observation clinique, appuyée sur l'examen direct histo-bactériologique, suffit à rendre éclatante la nature tuberculeuse du lupus, à établir qu'il émane directement du bacille tuberculeux, et qu'il est inoculable à l'homme. Enfin, l'action élective de la lymphe de Koch sur la tuberculose lupique a mis le sceau à la démonstration. Les pièces du procès n'ont plus d'intérêt qu'au point de vue de l'histoire et de la philosophie médicales.

Le lupus de Willan — *tuberculose cutanée lupique, scrofulotuberculose de la peau* — un dans sa nature bacillaire, est également unique dans son élément anatomique essentiel, le tubercule lupique. Selon le siège régional, anatomotopographique, anatomique ; selon l'état morphologique, le degré de virulence de l'agent tuberculeux irritant, et en raison de conditions individuelles de terrain, d'associations microbiennes, d'irritations et d'infections dérivées, secondaires, etc., le type anatomique réalisé, et les formes cliniques constituées, varient dans des proportions très étendues. Ces variations, trop étroitement interprétées par les histologistes aussi bien que par les cliniciens, ont amené dans l'histoire de cette affection une confusion fâcheuse ; on a décrit, comme distinctes, de simples modalités de lésions de même ordre, ou de simples formes ou variétés de la même maladie.

Il appartient à l'observation clinique, qui a devancé de longue main les constatations anatomiques et bactériologiques, de remettre les choses en situation, et de conserver la direction de ce qui lui appartient, en tenant le compte le plus entier du progrès des sciences accessoires, mais en se gardant d'osciller sans cesse à la moindre révolution de laboratoire. Nous avons suivi fermement les principes que nous indiquons, attendant sans crainte les démonstrations anatomiques et bactériologiques, quand la clinique nous avait appris, par une observation contre laquelle rien ne pouvait prévaloir, la nature tuberculeuse du lupus, et la nature lupique de la plupart des variétés atypiques de la tuberculose cutanée.

(1) Le lupus et son traitement : *Annales de Dermat. et de Syph.* 2e série, T. I, 1880, p. 687-706 ; T. IV, 1883, p. 398-413 ; T. VI, 1884 ; p. 1-8

Digitized by Google

II. — Traitement de la tuberculose lupique. — Depuis vingt ans, la thérapeutique du lupus, renouvelée entièrement, s'est enrichie d'une telle multitude de méthodes, de procédés, de médications, de topiques, que l'embarras du praticien est vraiment grand, quand il lui faut choisir, et adopter. Cela d'autant mieux que — tous les médecins le savent — le lupus, pas plus qu'aucune autre maladie médicale ou chirurgicale, ne saurait avoir une médication exclusive. Non seulement chaque cas particulier a des indications spéciales liées à sa forme, à son siége, à son degré, à la période à laquelle on l'observe ; mais encore chaque médecin, selon son expérience personnelle, selon la doctrine qui le guide ou le maître à la parole duquel il croit, selon les moyens d'action dont il dispose, préfère plus ou moins telle méthode, tel procédé, ou tel agent médicamenteux ; mais personne ne saurait manquer au devoir d'être éclectique dans la mesure utile à son malade.

A.—Antibacillaires et parasiticides; phagocytose; action substitutive et inhibitoire de l'érysipèle, des pseudo érysipèles (*lymphangites à répétition*) ; de la fièvre de Koch. — On ne connaît aucune substance qui, introduite dans la circulation générale par une voie quelconque, soit apte à stériliser la portion du tégument dans laquelle a été implanté, et végète, l'élément pathogène du lupus, à la manière, par exemple, dont agissent le mercure et l'iodure de potassium sur les tissus dans lesquels se cultive l'agent inconnu, qui détermine les altérations propres à la maladie syphilitique. Cela est absolu; et cela n'est malheureusement pas infirmé par l'application des inoculations de la *lymphe de Koch au traitement de la tuberculose lupique.*

Au milieu des accidents généraux, graves et multipliés de la fièvre, éphémère mais dangereuse, que détermine l'inoculation de ce produit secret chez les sujets inoculés, nous avons bien vu se produire dans les tissus tuberculisés des phénomènes érysipélatoïdes suivis d'affaissements partiels, d'ébauches de résolution temporaires, ou même de cicatrisation ; mais dans aucun de ces faits il ne saurait être question de *guérison*. Force est, pour les cas les meilleurs, de se servir du terme d'*amélioration* dont se berce et se contente l'optimisme bienveillant de beaucoup d'expérimentateurs, dont quelques-uns connaissent évidemment mal la plus insidieuse et la plus rebelle des tuberculoses.

Mais, *au point de vue thérapeutique*, il n'y a là, en vérité, rien, absolument rien, qui rappelle, même de loin, l'action bien connue du mercure sur les tissus syphilisés !

C'est seulement, avec moins d'intensité et de profondeur, l'action *suspensive* de l'érysipèle intercurrent sur le lupus.

Comme tant d'autres, maintes fois, nous avons vu, sous l'action d'une seule intercurrence d'érysipèle nosocomial, les lupus de toute sorte se modifier bien plus profondément que sous les coups répétés de la fièvre de Koch ! Mais, jamais une seule fois (nous allons le rappeler tout à l'heure) nous n'avons vu cette pseudo-guérison *résister à l'épreuve du temps.*

La repullulation qui est la règle après l'érysipèle vrai des régions lupiques, sera aussi la règle, à en juger parce que nous avons vu jusqu'à présent, après le pseudo-érysipèle de la fièvre de Koch. Et cela d'autant plus sûrement que l'action de la lymphe est rapidement annulée par la tolérance, et devient, dans la majorité des cas, trop superficielle et trop éphémère pour être curative.

Nous dirons un peu plus tard ce qui résulte de notre observation sur la valeur réelle des inoculations de la lymphe de Koch dans le traitement du lupus vulgaire et des diverses variétés de la tuberculose lupique, en même temps que nous examinerons dans quelle mesure les inoculations peuvent être *associées* à l'intervention mécanique ou chirurgicale. Mais nous déclarons, dès aujourd'hui, que si le dangereux toxique qui constitue la lymphe de Koch n'est pas *épuré*, et doit ne produire jamais son action inhibitoire qu'au prix des souffrances qu'il impose, et des dangers, réitérés à chaque inoculation, qu'il fait courir au patient dans le présent, et pour l'état ultérieur de ses viscères (rein et cœur en particulier), nous considérerons bientôt comme un devoir de renoncer à son emploi, au moins à titre général, et de le réserver pour certains cas relativement rares de lupus ulcéreux, de lupus malin, rebelles aux moyens ordinaires de traitement, ou pour certaines formes à déterminer. C'est là une question que le temps seul permettra de résoudre.

De même qu'il n'existe aucune substance connue qui, administrée par la voie interne ou hypodermique, puisse stériliser les tissus envahis par le lupus, il n'y en a aucune, sans en excepter la lymphe de Koch, qui, directement introduite dans ces tissus eux-mêmes, soit apte à faire la stérilisation sur place, ou à détruire l'agent parasitaire, sans détruire, en même temps, les tissus dans lesquels celui-ci végète. En un mot, il n'y a pour le lupus, ni stérilisant général ou local, ni parasiticide au sens vrai du mot. Toutes les tentatives menées dans cette direction sont sans objet : tous les prétendus « parasiticides » sont des agents caustiques détruisant les tissus eux-mêmes, ou déterminant une phlegmasie éliminatrice.

Quelques auteurs paraissent croire encore que diverses infections secondaires, définies ou non, érysipèle vrai, lymphangiodermites paroxystiques, etc., sont microbicides ou phagocytiques, et peuvent détruire l'élément pathogène du lupus, guérir la tuberculose lupique. C'est une pure illusion. Dans tous les troubles graves de l'économie, le lupus subit une atténuation momentanée, accentuée davantage quand il s'y joint un processus irritatif local ; mais le bénéfice réalisé est simplement apparent, ou momentané, ou partiel. Nous avons apporté à cette question l'attention la plus minutieuse ; nous avons essayé de provoquer ces irritations érysipélatoïdes ou ces érysipèles ; quand il s'agissait d'érysipèle vrai, ce qui est très rare, nous avons relevé des localisations graves, albuminurie, endocardite, et nous avons été d'autant moins encouragé à persévérer que, dans aucun des cas soumis à notre observation, l'érysipèle ou les érysipélatoïdes n'ont déterminé de guérison vraie et durable d'un lupus constitué.

Digitized by Google

Tout ce que nous venons de dire s'applique entièrement aux effets produits par les inoculations de lymphe de Koch.

B. — Traitement interne. — Le traitement du lupus, comme celui de toutes les tuberculoses cutanées, est entièrement mécanique, chirurgical. C'est seulement à titre adjuvant qu'intervient la matière médicale. Voici de quelle manière, et dans quelle mesure :

Chez certains sujets seulement, particulièrement chez ceux qui présentent le type dit lymphatique, ou qui sont dans un état de nutrition au-dessous de la normale, on peut constater une certaine action favorable de l'emploi analeptique de l'huile (huile de morue) à dose aussi élevée que le permettent la tolérance individuelle, l'état des voies digestives et du foie, et le degré thermométrique de l'atmosphère (médication des pays froids et des saisons froides).

On peut encore retirer un bénéfice appréciable de quelques médicaments tels que l'iodoforme, soit à l'intérieur, et à dose élevée comme nous l'avons proposé et expérimenté autrefois non seulement dans le lupus érythémateux, mais dans tous les lupus; soit par la voie hypodermique (Morel-Lavallée, etc.) Il peut être également logique d'avoir recours, selon les cas particuliers, à l'emploi des antibacillaires en faveur : phosphates et phosphites, créosote associée, ou non, à l'huile de morue, etc., etc. Mais quelque brillants, ou extraordinaires, que puissent être les résultats annoncés par quelques auteurs, nous déclarons n'avoir jamais vu un seul cas de lupus vulgaire constitué, guéri, au sens ferme du mot, par l'emploi exclusif de l'un, de l'autre, ou de la totalité de ces médicaments.

Cela dit, nous nous empressons d'ajouter que tous les médicaments ou toutes les médications ou pratiques capables de tonifier, de relever, de soutenir l'organisme du malade, doivent être utilisés dans le traitement général de la tuberculose lupique : le quinquina, l'iode et le fer, les analeptiques; ainsi que tous les agents trophiques de la peau et des muqueuses, l'arsenic, le soufre, l'iode ; l'oxygénation (cures d'air et d'oxygène) ; la balnéation chaude et tonique, sulfureuse et saline ; les cures hydrothermales salines de tous les pays, Kreuznach, Salies, Salins, Lavey, Bex, etc., etc., sulfureuses, d'Uriage, de Saint-Gervais, de Shinznach, de Cauterets, Bessèges, Bagnères-de-Luchon, etc., etc., salines et arsenicales, au premier rang desquelles la Bourboule ; iodurées de Challes, etc., etc. ; les stations maritimes et les sanatoria de tout ordre. Mais toujours avec cette remarque formelle que leur emploi, aussi prolongé et aussi intense qu'on le voudra ou qu'on le pourra, est toujours insuffisant à guérir le lupus, et sous cette réserve expresse qu'il ne faut pas confondre des résultats partiels ou temporaires, avec les résultats généraux et définitifs que l'on peut obtenir de tous ces moyens d'action.

C. Traitement externe. — Le traitement externe du lupus comprend plusieurs *méthodes*, et divers *procédés*, dont les indications varient selon les formes et les variétés de la maladie, l'âge du sujet, la localisation anatomique ou anatomotopographique, etc., et, dans un même cas, selon l'état éventuel, et les phases du traitement. Il existe des raisons, que nous préciserons, de préférer une méthode générale à une autre ; il n'y en a aucune pour adopter exclusivement l'une, au détriment de toutes les autres.

1° **Traitement du lupus par les caustiques chimiques.** — Après avoir constitué longtemps la méthode essentielle de traitement externe du lupus, les caustiques sont, aujourd'hui, abandonnés *comme méthode générale* par un grand nombre de dermatologistes, et par nous-même. Dans des travaux antérieurs, et notamment dans le mémoire de 1883, nous avons expliqué que cet abandon était surtout motivé par la douleur intense et prolongée causée par ce mode de traitement, par l'incertitude du degré exact de la destruction des tissus sains effectuée par le caustique, par le caractère vicieux des cicatrices obtenues dans beaucoup de cas, et par la nécessité de réitérer un grand nombre de fois la douleur des cautérisations, quand les surfaces malades étaient étendues en surface ou en profondeur, etc., etc.

Nous ne prétendons pas — on voudra bien le remarquer — que l'on ne peut pas guérir certains cas de lupus par l'emploi bien dirigé des caustiques classiques — chlorure de zinc, caustique de Vienne, pâte du frère Côme, nitrate d'argent, nitrate de plomb, etc., etc., — ou des agents de réduction, « caustiques électifs », dont beaucoup de dermatologistes étrangers poursuivent encore aujourd'hui l'application — acides pyrogallique, chrysophanique, salicylique, etc., etc. Loin de là ! On peut parfaitement guérir beaucoup de cas de lupus à l'aide des caustiques quand on a appris à les manier judicieusement ; nos prédécesseurs immédiats à l'hôpital Saint-Louis, et nous-même, avons obtenu par leur emploi beaucoup de guérisons, quelques-unes très remarquables. Mais comme il est possible d'en réaliser de semblables avec moins de douleur, en détruisant beaucoup moins de tissu sain, et en mettant les malades à l'abri de la plupart des accidents et des revers des cautérisations proprement dites faites à l'aide des agents chimiques, nous trouverions, à la fois inhumain et illogique de persévérer dans leur emploi.

Assurément la médication par les emplâtres nouveaux, réducteurs, et « parasiticides », d'acide salicylique, de créosote, de résorcine, etc., etc., les mercuriaux sous toutes, leurs formes, les injections interstitielles de toute sorte, peuvent être utilisés dans des cas déterminés, mais leur emploi réclame une manutention considérable, une présence réelle du médecin, réitérée. Après avoir tou essayé, nous avons presque tout abandonné, à la fois cause de l'infériorité des résultats et de la difficulté de l'application pratique dans nos policliniques, où nous avons de trop nombreux lupiques, trop peu de temps à leur consacrer, et trop peu de personnel de service. Dans la pratique générale, la difficulté est la même à peu près, et l'infériorité des résultats décourage rapidement le malade et le médecin.

Il faut se rappeler, en outre, que, dans ce pays, les policliniques sont rares, et l'on ne peut vraiment pas supposer que la généralité des médecins ait assez l'ha-

Digitized by Google

bitude du lupus pour manier, comme un médecin spécial, tout l'arsenal des topiques, en juger les indications et les résultats.

Tous les médecins, au contraire, ont entre les mains un thermocautère et ils auront dans un avenir peu éloigné un électrocautère; avec cela, le nitrate d'argent, et les agents connus du pansement des plaies, au besoin avec les aiguilles à scarifier, chacun peut aisément mener à bien, et fort simplement, le traitement des lupiques.

Si l'on veut suivre les nombreux malades de cette espèce qui viennent à nos policliniques de l'hôpital Saint-Louis, on verra que le traitement du lupus peut, en fait, être exécuté dans la généralité des cas par tous les médecins, à peu de frais, sans hospitaliser, aliter, ni même entraver dans leur existence les malades, et en toute saison, à l'aide d'un ensemble fort simplifié de moyens qui constituent, non pas la cure idéale du lupus, mais cette médication atténuée, en grande partie palliative, successive, à actes multiples et non sanglants, qui est préférée par la majorité des patients.

Cela dit, ajoutons immédiatement que plusieurs des agents caustiques trouvent à être utilisés comme adjuvants, partiellement employés, et sur indications précises que nous formulerons dans le cours du traitement, dans le pansement des lésions ulcéreuses spontanées ou post-opératoires, et dans la direction très importante du processus de cicatrisation.

Deux circonstances seules se présentent, dans lesquelles on ait réellement à recourir aux méthodes caustiques. C'est quand les malades refusent toute intervention sanglante ou électrocaustique, ou bien dans certains cas de lupus invétéré, à très grande surface, dans lesquels il s'agit simplement de remettre les cicatrices en état supportable. Dans ce dernier cas, l'acide pyrogallique est un excellent modificateur, ainsi que l'a montré le professeur Schiwmmer, et que nous l'avons maintes fois exécuté après lui, et selon le mode que nous avons exposé dans notre mémoire de 1885.

2° **Traitement chirurgical du lupus.** — Le traitement chirurgical du lupus comprend deux ordres de procédés, les uns sanglants, les autres non sanglants.

A. Procédés sanglants. Extirpation. Rugination. Dilacération ou scarification. — *a) Extirpation* — L'ablation du lupus, qui semble, en principe, la méthode par excellence, parce qu'elle est la plus radicale et la plus simple, a été, à diverses reprises, introduite dans la pratique chirurgicale ; mais elle a toujours été abandonnée par ceux-là mêmes qui l'avaient recommandée en termes précis. D'une part, en effet, l'étendue souvent considérable des surfaces envahies, plus encore leur siège si fréquent à la face, sur le nez, sur les paupières, sur les lèvres, etc., s'opposent d'une manière absolue à la mise en pratique de l'extirpation dans la presque totalité des cas On ne saurait admettre, dans le traitement du lupus, la production de destructions et de délabrements semblables à ceux que nécessiterait l'éradication complète et immédiate de la lésion. D'autre part, alors même qu'il s'agit de surfaces lupiques limitées, et occupant des régions opérables, le résultat obtenu est loin de répondre à ce que promettait l'hypothèse : la cicatrice est souvent vicieuse ; elle devient le siège d'altérations nouvelles, et la repullulation de la lésion est presque la règle; pour l'éviter, il faudrait, en surface et en profondeur, dépasser les limites dans lesquelles on est contraint de rester. Et alors même que l'on atteindrait ces limites excessives, l'extirpation par la méthode sanglante laisserait toujours la possibilité éventuelle d'une auto inoculation des surfaces de section. Si, dans une circonstance particulière, l'extirpation radicale d'un lupus était indiquée, nous ne conseillerions de la pratiquer qu'à l'aide de la thermocaustique ; avec les plus grandes précautions, si le malade était dans une salle d'hôpital, contre l'infection tuberculeuse secondaire de la plaie opératoire.

b) Rugination. Curettage, Râclage. — Dans ce procédé on se propose d'enlever, à l'aide de cuillers tranchantes, les tissus pathologiques, tissus dont la consistance ou la résistance sont différentes de celles des éléments sains, plus molles dans le tubercule lupique, plus dures mais plus friables dans les lupus papillomateux, fibreux, hyperkeratosique, etc. Les cuillers tranchantes, déjà employées par Fischer (de Cologne) — (voyez pour la bibliographie et l'historique, mon Mémoire de 1883) — vulgarisées par Volkmann sous le nom de curettes, — curette de Volkmann — employées par Hebra, et surtout par Hans Hebra, puis par Aubert (de Lyon) ont été ensuite particulièrement adaptées en forme et en dimension propres au traitement du lupus par Balmanno Squire et par nous-même. Ce sont de petites curettes d'acier, de forme ronde ou ovale, du diamètre de un millimètre à un ou plusieurs centimètres; nous en avons fait exécuter de toutes les dimensions appropriées à l'étendue et à la situation des surfaces à ruginer, ou des foyers à curer; puis, faisant fenêtrer le fond, nous les avons transformées en anneaux tranchants, dont le maniement et le nettoyage sont très aisés. Si l'on joint à cet outillage, d'ailleurs fort simple, la rugine semi-lunaire, de E. Vidal, courbe sur le plat, on aura tout ce qui est nécessaire non seulement pour le curettage et la rugination du lupus, mais encore pour une foule d'autres opérations de petite chirurgie dermatologique.

Deux modes opératoires principaux peuvent être suivis : *a) la rugination complète à fond ; b) le curettage.*

a) Rugination complète à fond. — La curette tranchante, d'un diamètre approprié à la surface à ruginer, est promenée, largement et énergiquement, sur toutes les surfaces pathologiques.

Si l'opérateur a quelque habitude, et une certaine dextérité, il peut réellement ne détruire que peu de tissus sains, en raison de la résistance normale de ces derniers; une hémorrhagie immédiate assez abondante se produit; elle est aisément arrêtée par la compression ouatée. Puis, la plaie est nettoyée aseptiquement, et pansée, soit simplement comme nous le faisons avec du coton hydrophile maintenu avec une bande, soit avec tout autre pansement classique, en évitant les substances irritantes du type de l'acide phénique, qui

Digitized by Google

sont inutiles, et produisent des irritations de voisinage. Les jours suivants, la plaie est surveillée, pansée simplement d'abord, puis avec les gazes ou lints iodoformés, boriqués, etc. L'essentiel est de réprimer avec le nitrate d'argent mitigé, et le crayon de zinc, le bourgeonnement exubérant, ou de faire sur la plaie les applications appropriées aux conditions qu'elle présente, en un mot de diriger le processus de cicatrisation.

La rugination *à fond* est peu exécutable sur la face, sur le nez, sur les oreilles ou les paupières ; elle ne peut être, sans nocuité, exécutée que sur le tronc et les membres, s'il s'agit de lupus tuberculeux.

Elle convient particulièrement au lupus des membres, aux formes papillomateuses, verruqueuses, dans lesquelles son emploi est logique.

Mais, dans le lupus tuberculeux ancien, à foyers agminés et entravés de cicatrices, les résultats obtenus sont si imparfaits, la repullulation est si prompte, soit par auto-inoculation, soit par impossibilité d'attaquer et de détruire les foyers profonds, que les médecins qui la pratiquent la font suivre immédiatement soit de scarifications profondes — Aubert (de Lyon) — soit d'applications caustiques diverses.

Dans ces cas, la rugination faite, il serait plus logique, comme nous le répéterons plus loin, de détruire, avec le thermocautère ou l'électrocautère, la base des foyers lupiques qui ont été évacués par la curette.

Quant à la douleur de l'opération, sans recourir à l'anesthésie chloroformique, on peut l'atténuer par les injections localisées de cocaïne, soit par la congélation à l'aide de l'éther pulvérisé, ou du chlorure de méthyle pulvérisé, ou au pinceau.

N'était la crainte de favoriser les auto-inoculations, la rugination complète à fond serait le procédé essentiel, le plus rapide, à appliquer à la cure du lupus des membres, et de toutes les formes papillomateuses et verruqueuses.

Il faut en outre savoir que, même ruginé dans la perfection, le lupus papillomateux un peu ancien, ou profond, conserve souvent deux choses qui réclament l'emploi d'autres moyens : 1° des tubercules profonds, sous scléreux, qui ont échappé; 2° même après guérison une nappe fibreuse — sclérose de guérison de Leloir — qui constitue, en réalité, une cicatrice vicieuse que la scarification et les emplâtres résolutifs sont seuls aptes à réprimer. Quant aux tubercules de repullulation au milieu de la nappe sclérosée, le meilleur moyen de destruction à leur appliquer est l'ignipuncture.

b) *Curettage.* — A l'aide de petites curettes fenêtrées, de forme et de dimensions appropriées, on peut pénétrer dans les foyers d'un lupus tuberculeux, les *éviter* et les évacuer, puis cautériser énergiquement les cavités avec un crayon de nitrate d'argent mitigé et des crayons de zinc, de diamètres appropriés. Ce procédé, qui n'est pas sans activité, et qui est assez simple, bien qu'un peu douloureux, serait applicable surtout à la restauration et à l'entretien en bon état des cicatrices d'anciens lupus à repullulation partielle, si on n'avait pas comme nous le dirons, dans l'électrocaustique, un moyen supérieur et beaucoup plus simple.

c) *Dilacération, scarification linéaire.* — Le traitement du lupus vulgaire par les scarifications ponctuées, ou par des piqûres multiples, a été tenté en même temps de divers côtés, et en différents pays, depuis une vingtaine d'années; son véritable instigateur est Volkmann, pratiquant des scarifications ponctuées simples sans cautérisation, après le râclage, pour atteindre les foyers lupiques implantés au-dessous de la surface dermique ruginée.

Balmanno Squire modifia de la manière la plus heureuse le procédé de Volkmann, en remplaçant la scarification ponctuée par la scarification linéaire. Enfin, notre collègue Emile Vidal (à l'hôpital Saint-Louis dès la fin de 1874) perfectionna rapidement le procédé de Balmanno Squire, et montra l'inutilité, au moins dans certains cas, des associations caustiques, et du râclage préalable.

Instruments. — L'instrumentation de la méthode est des plus simples : quelques aiguilles courtes de 1 à 2 centimètres, les unes tranchantes au sommet seulement, les autres dans toute leur étendue, solidement montées sur un manche analogue à celui des aiguilles à cataracte, voilà ce qui est nécessaire, voilà seulement ce dont il faut se servir. En raison de la délicatesse de ces instruments dont la trempe et le tranchant doivent être de première qualité, et être maintenus en bon état, il faut en avoir de récemment aiguisés, ce qui, en définitive, peut être aujourd'hui obtenu à peu de frais, et pourrait devenir plus aisé encore. Nous proscrivons absolument, du traitement du lupus, l'emploi du scarificateur de la conjonctive que nous avons vu, entre des mains inexpérimentées, dépasser le but à atteindre. Le scarificateur généralement adopté est celui de Vidal, c'est une lame plate de 2 à 3 millimètres de large et de 2 à 3 centimètres de long, à bords tranchants et à pointe triangulaire de 2 millimètres de côté.

Les aiguilles tranchantes servent à hacher, ou plutôt à hachurer, c'est-à-dire à couvrir de hachures incisées, le tissu pathologique, exactement comme si, avec une plume à écrire, on voulait l'ombrer régulièrement à la manière des dessinateurs. On comprend aisément qu'il faille une certaine pratique pour arriver à exécuter très convenablement, à une profondeur déterminée, et à intervalles égaux, ces petites incisions multiples sur une surface saignante. On a bien essayé, Balmanno Squire d'abord, et d'autres après lui, de faire des scarificateurs simples ou à lames multiples avec arrêt régulateur, mais ces instruments sont justement abandonnés précisément à cause de l'uniformité de cette limite, des résultats tout à fait insuffisants que l'on peut obtenir à leur aide.

A aucun titre ils ne peuvent exécuter ce que fait, au contraire, avec une grande perfection, une main quelque peu exercée, armée d'une aiguille tranchante, maniée avec souplesse entre les doigts, exactement comme une plume à écrire.

(*A suivre.*)

Digitized by Google

REVUE BI-MENSUELLE DE THÉRAPEUTIQUE

Médicaments nouveaux

I. Emploi du **salol**, comme antiseptique intestinal, dans les diarrhées (choléra infantile, diarrhées de la malaria, de la fièvre typhoïde, des tuberculeux, etc.) — II. Emploi du **bétol** comme antiseptique intestinal. (Formules, association du bétol avec le salol et le salicylate de bismuth, du bétol avec le bicarbonate de soude, la magnésie et la craie) — III. Quelques applications thérapeutiques de l'**aristol**. (Ulcérations de la peau et des muqueuses, affections cutanées, maladies du nez, de la gorge et du larynx ; son emploi dans la gangrène pulmonaire, la bronchite fétide et la phtisie).

I. *Emploi du* SALOL *comme antiseptique intestinal dans la diarrhée.* — Il paraît bien démontré par les observations de Dreyfous et de Hirtz (*Soc. méd. des hôpitaux* 1890), que le salol est un bon antiseptique des voies urinaires et du tube intestinal. C'est même en s'appuyant sur ce dernier fait, que dernièrement, un médecin suisse, le docteur Weber (de Colombier) a eu l'idée d'employer dans le traitement de la diarrhée infantile, le salol qu'il trouve supérieur à tous les autres médicaments recommandés contre cette maladie, tels que le bismuth, le calomel, le nitrate d'argent, etc. Sous l'influence de ce médicament, on voit les phénomènes morbides s'amender avec une rapidité étonnante; d'après cet auteur, après une ou deux prises, les vomissements s'arrêtent, puis la diarrhée cesse.

Voici la formule qu'il emploie :

Salol..... 0,20 centigr.
Laudanum de Sydenham.... une goutte
Mêlez. Pour un paquet. A prendre deux paquets par jour.

Dernièrement, Moncorvo (de Rio de Janeiro) a également insisté sur les bons effets du salol dans la diarrhée maremmatique des enfants.

Il existe, en effet, une *forme intestinale* de la malaria qu'il faut bien connaître et contre laquelle J. Simon a institué heureusement une médication quinique chez une dame brésilienne atteinte d'une diarrhée datant de près de vingt ans (*Arch. de Méd.* 1870).

Or, il ne faut pas oublier que souvent les troubles intestinaux sont les premiers en date dans l'intoxication malarique, et qu'ils peuvent se présenter chez les enfants du premier âge. Cette forme d'entérite est soumise à deux indications thérapeutiques très importantes : à l'emploi de la quinine, et à l'antisepsie intestinale. Pour remplir cette seconde indication, Moncorvo pratique depuis longtemps, à l'aide d'un irrigateur à jet continu, des lavages intestinaux, en se servant de solutions aseptiques, soit avec la résorcine (1 p. 100), soit avec l'acide borique (3 à 4 p. 100), la créoline (1 p. 1000), ou le naphtol (1/2 à 1 p. 1000). Mais, ces lavages intestinaux ne pouvant agir sur le gros intestin, puisqu'ils sont incapables de franchir la valvule de Bauhin, il est nécessaire d'y joindre l'emploi des antiseptiques intestinaux par la voie gastrique. Or, chez les jeunes enfants, le naphtol et le salicylate de bismuth peuvent exercer une action irritante sur la muqueuse stomacale, et ne sont pas facilement acceptés en raison de leur saveur assez désagréable. Pour cette raison, il faut préférer le salol qui est, comme on le sait, le résultat de l'action d'un composé chloré sur un mélange de phénate et de salicylate de soude. L'expérimentation sur les animaux a démontré que le salol, une fois arrivé dans le milieu alcalin de l'intestin, se dédouble en acide salicylique et en phénol qui entravent plus ou moins énergiquement les fermentations du contenu de la première partie de l'intestin. Le salol a encore pour propriété de s'éliminer rapidement (en une heure) par les urines.

Voilà de bonnes raisons qui en ont fait recommander l'emploi dans la diarrhée infantile par Goelet et Osborne (*New-York Méd. Journ.* 1887 et 1888), par Barr et Walter Lester Carr (*Arch. of Pediatrics*, 1889), et en dernier lieu par Droixhe (*Journ. des Accouchements*, Huy, 1890). Ce dernier auteur a signalé les « résultats très encourageants » du salol employé à la dose de 5 centigrammes d'heure en heure dans quatre cas de choléra infantile.

Dernièrement, Moncorvo a employé le salol chez quarante enfants atteints de diarrhée maremmatique, et il en a constaté l'efficacité dans la presque totalité des cas. Il l'a essayé chez des petits sujets dont l'âge variait de un mois à huit ans, et tous, sans exception, l'ont parfaitement toléré. Sous son influence, les selles perdent leur odeur fétide, elles diminuent progressivement de fréquence, et reprennent à brève échéance leur aspect et leur consistance normale.

Quelle doit être la posologie du salol dans la thérapeutique infantile?

La voici, d'après les différents âges: 0,15 à 0,20 centigrammes chez les nouveau-nés ; 0,25 à 0,50 centigrammes pour les enfants au-dessous de 2 ans ; 1 à 2 grammes pour les enfants au-dessus de 2 ans (dose peut-être un peu exagérée à cet âge, comme M. Eloy l'a fait remarquer (1).

Dans tous les cas, le salol est administré aux enfants par Moncorvo, en suspension dans un julep gommeux.

Pour ma part, j'emploie également, depuis plusieurs mois, le salol comme antiseptique intestinal, dans les diarrhées fétides de la fièvre typhoïde et chez les tuberculeux. Mais, il faut arriver, chez l'adulte, promptement aux doses de 2, 4, et même 6 grammes par jour.

II. *Emploi du* BÉTOL *comme antiseptique intestinal.* — Puisque je parle du salol, je suis amené à mentionner un autre antiseptique intestinal appelé à rendre de grands services dans la thérapeutique.

Le *bétol* (ou *naphtalol*, ou encore *salinaphtol*) est un *salicylate de naphtol* qui a l'aspect d'une poudre blanche, cristalline, inodore. On l'obtient en faisant agir le naphtol B, sur l'acide salicylique. Insoluble dans l'eau, peu soluble dans l'alcool et dans les huiles, il présente une saveur presque agréable, qui facilite son administration dans la médecine infantile, d'autant plus que sa toxicité est très faible.

Chez les adultes, il peut rendre également de grands services. On le prescrit par les voies rectale ou gastrique. Dans le premier cas, je l'ai employé dernièrement,

(1) Voir la *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1891, n° 1.

Digitized by Google

sous forme de lavement, d'après cette formule proposée par un de mes anciens internes, M. Marciguey :

Infusion légère d'eucalyptus.. 500 grammes
Borate de soude..... 5 —
Bétol..... 2 —
Pour un lavement.

On peut le prescrire encore, sous forme de cachets, d'après cette formule :

Bétol..... 10 grammes
Pour 20 cachets. Prendre 3 à 4 cachets par jour.

J'ai associé aussi le bétol au salol et au salicylate de bismuth contre certaines diarrhées fétides :

Salol.....
Bétol..... } àà 5 grammes
Salicylate de bismuth.....
Pour 20 cachets. Trois à six cachets par jour.

On peut aussi associer le salol et le bétol, sans addition de salicylate de bismuth, d'après cette formule :

Bétol..... } àà 10 grammes
Salol.....
Pour 20 cachets; 3 à 5 par jour.

On peut encore associer au bétol le bicarbonate de soude, la craie préparée, ou la magnésie (Yvon) :

Bétol..... } àà 15 grammes
Bicarbonate de soude.....
Pour 30 cachets. Un cachet à chaque repas. (On peut remplacer, dans les mêmes proportions, le bicarbonate de soude par la craie ou la magnésie).

Voici une potion où le bétol est tenu en suspension, et que l'on peut utiliser dans la médecine infantile (Yvon) :

Eau gommeuse..... 20 grammes
Sirop de fleurs d'oranger..... 30 —
Bétol..... 1 à 2 —
(0,25 centigrammes par cuillerée à dessert, à prendre dans les 24 heures).

Enfin, le bétol peut être tout simplement incorporé au laitage, à la dose de 0,25 à 0,50 centigrammes par tasse de lait, et la saveur de ce médicament est si peu prononcée que, la plupart du temps, les malades ne s'aperçoivent pas de sa présence, ce qui le rend particulièrement facile à administrer dans la médecine infantile et chez les malades les plus difficiles.

III. *Quelques applications thérapeutiques de l'*ARISTOL. — Ce médicament nouveau n'a qu'un an d'existence, et cependant il est déjà entré dans la thérapeutique usuelle. Excellent succédané de l'iodoforme, l'aristol (ou biiodure de dithymol) en possède toutes les propriétés sans avoir les inconvénients de son odeur, de son action irritante et toxique. Il se présente sous la forme d'une poudre amorphe rouge-brun, qui devient de plus en plus pâle, en perdant son iode, lorsqu'on l'expose à la chaleur ou à la lumière. Il est soluble dans l'eau, la glycérine, peu soluble dans l'alcool, assez soluble dans l'éther, le chloroforme et la vaseline liquide.

La poudre d'aristol a déjà rendu de grands services, comme agent cicatrisant, dans les ulcérations de la peau et des muqueuses, dans les épithéliomas (d'après une remarquable observation de M. Brocq), dans les ulcères de la jambe, les ulcérations tuberculeuses et syphilitiques; son application sur ces ulcérations n'est pas douloureuse et n'entraîne jamais des phénomènes d'intoxication générale comme l'iodoforme.

Depuis les premiers essais d'Eichhoff (*Dermat. monatsch.*, n° 2, 1890), l'aristol a été employé avec des succès divers (sous forme de pommade à 10 ou 20 pour 100 de vaseline) dans les maladies cutanées, telles que le psoriasis, l'eczéma, le lupus, etc.

Quelques auteurs l'ont encore employé dans les maladies du nez, de la gorge et du larynx. Enfin, il a été utilisé en gynécologie, dans le traitement de l'endométrite, des érosions du col et de l'eczéma vulvaire. Swieciki formule les crayons et les suppositoires suivants :

1° Aristol..... 5 grammes
Gomme arabique..... q. s.
Pour cinq crayons (pour introduire dans la cavité cervicale de l'utérus en cas d'endométrite).

2° Aristol..... 0,50 centigr. à 1 gramme
Beurre de cacao.... q. s.
Pour un suppositoire vaginal.

Voici encore trois autres formules de solution éthérée, de collodion et de pommade à l'aristol :

3° Aristol..... 5 grammes
Ether..... 50 —
(Pour une solution éthérée).

4° Aristol..... 2 grammes
Collodion élastique .... 18 —

5° Aristol..... 5 grammes
Huile d'olive..... 10 —
Lanoline..... 35 —

Telles sont les principales applications *externes* de l'aristol (1). Mais, jusqu'alors, on n'avait pas songé à l'utilisation des propriétés cicatrisantes et antiseptiques de l'aristol pour les maladies *internes*. C'est ce desideratum thérapeutique que je viens de combler, en administrant l'aristol à l'intérieur dans la gangrène et la tuberculose pulmonaires. Dans un cas de gangrène pulmonaire et de bronchite fétide, l'aristol en pilules, associé à l'hyposulfite de soude (4 grammes) dans un julep, a fait disparaître assez rapidement tous les accidents; en moins de quinze jours, les crachats ont perdu leur odeur, et l'état général s'est promptement amélioré.

Dans la phtisie pulmonaire, à toutes les périodes l'aristol paraît avoir diminué l'abondance de l'expectoration, et son administration n'a jamais été suivie d'aucun accident. C'est là un premier point qu'il était important d'établir pour les praticiens désireux de recourir à cette nouvelle médication, au sujet de laquelle je poursuis en ce moment des expériences intéressantes dans mon service d'hôpital. J'ai commencé d'abord par des pilules de 5 centigrammes, et j'ai fini par adopter la posologie suivante: 3 à 4 pilules à 0,10 centigrammes d'aristol par jour.

HENRI HUCHARD.

(1) Voir, au sujet de l'aristol et de ses principales formules, la *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1890, pages 176, 218, 291, 307, 607, 611 et 708.

Digitized by Google

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

CHIRURGIE

Un procédé d'amputation des corps fibreux de l'utérus, par M. C. Audry. — Ce procédé est employé par M. Laroyenne dans les cas de polypes fibreux intra-utérins et répond aux deux indications capitales à remplir dans cette opération : 1° l'hémostase absolue ; 2° l'asepsie parfaite. (*Lyon Méd.*, 4 janv. 1891, p. 14.).

M. Laroyenne *amène* la tumeur à l'entrée du vagin par les moyens classiques, traction, dilatation ou section du col, etc).

Il *incise* la muqueuse circulairement au niveau du pédicule de la tumeur en gardant un lambeau suffisant pour recouvrir la surface de section du fibrôme et faire une manchette de muqueuse comparable à la manchette cutanée des amputations circulaires des membres.

Il *décortique* cette manchette avec les ciseaux courbes jusqu'à l'insertion du polype, énucle celui-ci et pratique l'hémostase avec les pinces.

En dernier lieu, il suture soignement le lambeau de la muqueuse disséquée et réappliquée sur la plaie. K. R.

De la laparotomie dans la péritonite tuberculense, par M. Wheeler. — De l'avis de l'auteur, cette opération est justifiée dans les circonstances suivantes : épanchement ascitique médiocre, absence de grosses masses tuberculeuses, tuberculose primitive du péritoine, existence de poches purulentes ou d'une obstruction intestinale (*The London Med. Rec.*, 20 décembre 1890).

De ces conditions, les deux premières sont formelles pour motiver l'opération. Cependant, même dans des cas de tuberculoses siégeant sur d'autres organes, mais bien localisées, en l'absence d'ascite et en présence de grosses masses tuberculeuses, l'opération peut encore être indiquée si on soupçonne des ulcérations intestinales. Au demeurant, il faut motiver les indications et les contre-indications de cette opération non seulement sur l'état du péritoine, mais encore sur celui de l'intestin, et sur l'évolution du processus tuberculeux.

S. R.

Un cas de section de la langue, par M. K. C. Davis. — Le blessé, un jeune homme de seize ans, s'était sectionné la langue vers le tiers moyen, dans une chute de cheval. La plaie intéressait la plus grande partie de l'organe, sauf sur le bord droit dont la muqueuse et quelques fibres musculaires étaient conservées (*Nord. West. Med. Journal*, nov. 1890).

La langue tombait hors de la bouche et il y avait une hémorrhagie abondante au moment où le chirurgien fut appelé. Celui-ci arrêta l'hémorrhagie par le perchlorure de fer en solution faible, rapprocha de la base la portion procidente de l'organe et affronta les surfaces de la plaie par des sutures avec la soie, cinq sur le dos et sept sur la base de la langue. Chaque jour, il pratiqua deux lavages de la cavité buccale avec l'eau boriquée. Il ordonna de nourrir le malade avec des aliments liquides.

La réunion par première intention fut obtenue, sauf sur le bord gauche où elle eut lieu par des granulations. Ce traitement dura trois semaines, après lesquelles l'organe recouvra toutes ses fonctions. S. R.

Des rapports des épiphyses avec l'ostéomyélite, par M. Arthur Neve. — Cet important mémoire est basé sur quatre cents opérations parmi lesquelles un grand nombre étaient relatives à des ostéomyélites. (*Edimburgh méd. journal*, janvier 1891, p. 607.).

En voici les principales conclusions : le foyer originel le plus fréquent de l'ostéomyélite se trouve sur la diaphyse au voisinage de la ligne épiphysaire et intéresse la totalité des éléments de la mœlle et du périoste.

Il faut donc, dès l'abord, établir une distinction entre cette affection locale primitive et l'ostéomyélite juxta-épiphysaire. Le cartilage épiphysaire n'est point le siège de la lésion primitive et l'épiphysite peut s'observer soit en même temps que l'ostéomyélite juxta-épiphysaire, soit secondairement par contiguité ou perforation du cartilage.

Dans l'enfance, les arthrites aiguës sont le résultat fréquent d'une lésion juxta-épiphysaire et la nécrose du cartilage est moins commune que dans la vieillesse. Le devoir de la chirurgie conservatrice consiste donc à préserver le cartilage épiphysaire avec autant de soin que le périoste. S. R.

MALADIES DES ENFANTS

Etude chimique de la diarrhée estivale des enfants, par M. Vaughan. — On connait le rôle que l'on attribue aux microbes de la putréfaction dans la pathogénie de cette affection. Booker, Eschérich et d'autres ont essayé de déterminer les espèces bactéridiennes contenues dans l'intestin ou les selles de ces malades. Cependant, M. Vaughan, dont les recherches s'accordent avec celles de ses prédécesseurs, a reconnu qu'aucun de ces microbes n'est spécifique. (*Arch. of. Pædiatrics*, nov. 1890).

Il admet donc : 1° que des microbes de diverses espèces peuvent en pénétrant, sous des influences diverses, dans le tube intestinal des enfants, provoquer la diarrhée et que certains de ses germes sont saprophytiques.

2° Que les secrétions gastro-intestinales peuvent, à l'état normal, posséder une action germicide et que cette vertu serait probablement celle du suc gastrique. En conséquence si la secrétion ou la nature de ce liquide sont altérées, les germes pénètrent librement dans l'intestin, s'y multiplient et arrêtent en abondance un poison chimique qui est absorbé. Ces germes seraient plus abondants et plus difficilement neutralisables quand ils proviennent du lait de vache, ce lait exigeant pour sa neutralisation une quantité plus grande de suc gastrique.

Au demeurant, on peut dire avec M. Vaughan, que tout germe susceptible de produire un poison absorbable dans l'intestin est un germe pathogène, que le suc gastrique est le moyen de défense de l'organisme contre l'infection par la voie intestinale et que, si on veut classer les germes en fonction de leur rôle pathogène, il faut tenir compte de leur pouvoir toxicogène, bien plutôt que de leur morphologie et de leur spécificité. S. R.

THÉRAPEUTIQUE

Du cactus grandiflorus dans les maladies du cœur, par M. Engstad. — Depuis quatre années l'auteur emploie ce médicament et en formule ainsi les indications. (*Thérap. Gaz.*, sept. 1890, p. 606).

Il est préférable à la digitale contre les troubles fonctionnels du cœur, son extrait fluide fait disparaitre les intermittences cardiaques. Dans un cas de faiblesse cardiaque, au cours d'une pneumonie, il a vu le médicament agir favorablement quand la digitale et la strychnine échouaient. De même dans la convalescence de la fièvre typhoïde à la dose quotidienne de X à XV gouttes.

On s'explique moins, ajouterons-nous, les effets thérapeutiques que l'auteur attribue à ce médicament contre l'angine de poitrine, après les travaux modernes de M. Huchard sur l'origine artérielle de cette affection.

S. R.

Traitement du lichen ruber par le thermo-cautère, par M. van Dort. — Ce traitement est celui de Lassar. Il consiste à toucher rapidement les nodules soit avec la pointe du cautère

Digitized by Google

Paquelin, soit avec celle du galvano-cautère. (*Berl. klin. Woch*, 1890, p. 277).

Il se produit une légère eschare. On poudre avec un corps neutre, talc ou amidon pulvérisés. Ce traitement diminue le prurit et amène, parait il, des guérisons durables.

S. R.

De la valeur du bi-iodure de mercure comme germicide, par M. Illingworth. — Ce sel de mercure possède l'avantage d'une grande solubilité et, par conséquent, d'être rapidement absorbé. C'est donc un agent précieux d'antisepsie locale et d'antisepsie du milieu intérieur. (*Provincial méd. journal*, nov. 1890, p. 659).

Voici les doses auxquelles M. Illingworth conseille de l'employer comme topique.

Contre l'ophtalmie des nouveau-nés et les conjonctivites blennorrhagiques (préparations à 1 sur 3000) contre la gonorrhée (1 sur 5 ou 6000), contre l'alopécie et la gale (préparation à 1 sur 4 ou 500), contre la teigne et le sycosis (préparations à 1 sur 400).

Des doses plus faibles suffisent contre l'ozène (1 sur 3 ou 4000), l'otorrhée (1 sur 2 ou 3000), et dans le pansement des abcès pelviens et des pyosalpingites (1 sur 2 ou 3000).

S. R.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

Le traitement artériel de l'angine de poitrine; ses indications

Il n'y a pas une angine de poitrine; il y a des angines de poitrine. Par cette expression aphoristique, M. H. Huchard a voulu établir une distinction clinique et des indications thérapeutiques différentes entre les angines de poitrine *fausses* et l'angine de poitrine *vraie*, liée à la coronarite, ou, pour parler plus exactement, à l'ischémie *organique* du myocarde.

Le traitement artériel s'adresse à l'angine de poitrine *vraie*. Il comporte deux indications: 1° l'*indication symptomatique;* 2° l'*indication étiologique*. En d'autres termes, le diagnostic d'angine de poitrine vraie étant établi, comment faut-il intervenir: *pendant l'accès* et *dans l'intervalle des accès?*

I. **Traitement de l'accès.** — Il faut calmer la douleur, et, si possible, suspendre l'accès.

A. *Sédation de la douleur.* — Le médicament de choix est la *morphine*, en injections sous-cutanées, à la dose de 1 centigramme d'emblée.

Le médicament de nécessité est la *cocaïne*; mais l'emploi de cette substance n'est légitime que si l'intolérance pour les opiacés est absolue. En effet, dans la plupart des cas, comme on l'a fait remarqué, son emploi paraît contre-indiqué en raison de l'état syncopal qu'il produit, et qu'il faut tant redouter, dans une affection comme l'angine de poitrine, où la syncope constitue le principal danger.

On a proposé l'*atropine*; c'est encore une médication de nécessité, cet alcaloïde pouvant provoquer la vaso-constriction et conséquemment augmenter l'ischémie. On ne doit donc en faire usage qu'avec discrétion.

B. *Sédation de l'accès.* — On l'obtient en provoquant la vaso-dilatation des vaisseaux periphériques, c'est-à-dire, selon l'expression de Claude Bernard, en soulageant « le cœur central au profit du cœur capillaire » c'est-à dire des vaisseaux periphériques.

Dans ce but, *inhalations de nitrite d'amyle.* Au début du traitement et contre les cas de médiocre intensité, on fait inhaler, sur un mouchoir, III à IV gouttes de ce liquide. Plus tard, on augmente la dose jusqu'à X et XII gouttes.

On constate et on reconnait l'effet du médicament par les modifications de coloration du visage (gonflement des veines, état congestif de la face, etc., etc.

Le nitrite d'amyle prévient l'état syncopal et modère l'angoisse en diminuant l'hypertension artérielle et l'ischémie cardiaque. C'est le médicament de *choix* contre l'accès.

On peut pratiquer des *injections hypodermiques de trinitrine* dont les effets physiologiques, bien qu'identiques, ne sont pas équivalents. Ils demandent quatre à cinq minutes pour se produire, mais persistent plus longtemps. M. Huchard prescrit, en injections sous-cutanées, la solution suivante, à la dose d'un quart de seringue ou d'une demi-seringue de Pravaz :

Solution alcoolique de trinitrine au centième....	XV gouttes
Eau distillée.....	10 grammes

II. **Traitement pendant l'intervalle des accès.** — Il varie, cela s'entend, suivant que l'angine de poitrine est névralgique, rhumatismale ou artério-scléreuse. Mais, à côté de l'indication de combattre la cause générale, il y a une autre indication qui est capitale : celle de diminuer le spasme vasculaire. C'est l'œuvre de la *médication artérielle*, bien distincte de celle de la *médication étiologique*.

Médication artérielle. — Elle a pour moyen d'action: la trinitrine, les nitrites alcalins et les iodures alcalins.

Préconisée par Murrell (de Londres) la nitroglycérine se prescrira sous le nom de *trinitrine*; la formule la plus simple est la suivante, donnée par M. Huchard, dans ses *Leçons sur les maladie du cœur* :

Solution alcoolique de trinitrine au centième XXX gouttes.
Eau distillée. . . . . 300 grammes.
Prendre chaque jour trois à six cuillerées à soupe de cette solution. (Dans celle-ci, la dose de trinitrine peut être augmentée jusqu'à 60 gouttes).

On peut lui substituer aussi la solution au centième sous forme de gouttes que l'on prescrit à raison de XII à XV quotidiennement et que l'on véhicule dans une petite quantité d'eau (3 gouttes chaque fois, et cela 3 à 4 fois par jour).

La *nitrite de sodium* a été ordonnée d'abord par M. Hay, et depuis par d'autres, en solution ainsi formulée :

Nitrite de sodium . . . . 1 gramme.
Eau distillée . . . . . 300 grammes.
Une à deux cuillerées à café par jour.

Il convient de ne pas oublier que les nitrites sont des poisons du sang et réduisent l'oxyhémoglobine de cette humeur (Henocque). On doit, à ce point de vue, pré-

Digitized by Google

férer la nitroglycérine dont le pouvoir réducteur est moindre.

Les *iodures alcalins* sont des médicaments artériels, puissants et surtout précieux, quand il s'agit d'un traitement de longue durée. Physiologiquement je l'ai démontré pour l'iodure de sodium. M. Lapicque l'a établi depuis pour l'iodure de potassium et, avant ces expériences de laboratoire, M. H. Huchard l'avait signalé dans ses observations cliniques en instituant le premier la médication iodurée de l'angine de poitrine.

L'*iodure de sodium* est préférable à l'iodure de potassium, qui, comme tous les sels potassiques, peut produire la potassiemie (Felz). Il sera prescrit à la dose quotidienne d'un demi-gramme à quatre grammes.

Le succès de cette médication dépend de l'assiduité du malade à la suivre pendant longtemps : deux, trois et même quatre années. De temps en temps, chaque mois par exemple, on la cesse pendant un septenaire pour y revenir ensuite. Telles sont les règles du traitement réellement *curatif* de cette maladie jusqu'ici déclarée, trop volontiers, incurable.

Une autre médication, instituée encore par M. Huchard, et préférable à l'emploi seul des nitrites ou des alcalins, consiste à combiner l'usage de ces deux médicaments : c'est le *traitement nitro-ioduré* qui s'ordonne ainsi :

Pendant les trois premières semaines de chaque mois, faire usage de l'iodure de sodium ; pendant la dernière semaine, suspendre ce médicament et ordonner la solution de trinitrine au centième par gouttes et à raison de XII à XVI gouttes par jour et par prises de II à XII gouttes.

Médication causale. — *Angine de poitrine névralgique.* — Ce traitement consiste dans l'emploi des sédatifs du système nerveux : bromures alcalins, chloral, hydrothérapie, galvanisation par les courants continus. Inutile d'ajouter que l'électricité ne donne point de résultats pendant les accès.

Angine de poitrine des rhumatisants. On a employé les sangsues (quatre ou cinq) ou les ventouses scarifiées sur la région précordiale. C'est une médication infidèle et que la théorie de l'ischémie cardiaque ne justifie guère. Au lieu de ces saignées à répétition, il est plus rationel d'ordonner le salicylate de soude par petites doses quotidiennes (25 à 30 centigrammes). L'antipyrine, semble moins indiquée et les vertus qu'on lui attribue contre l'angine de poitrine, sont dus sans doute à son action contre le rhumatisme.

Angine de poitrine des artério-scléreux. A ces malades il faut conseiller :

1° A l'extérieur : les pointes de feu sur la région presternale, les ventouses sèches, et plus exceptionellement les vesicatoires ;

2° A l'intérieur : l'usage des iodures alcalins.

Médication hygiénique. — Ses règles se résument ainsi :

1° Prévenir les chocs moraux, les émotions, les excès de fatigue et le surmenage du cœur ou des vaisseaux. Eviter les marches précipitées et contre le vent ; fuir enfin tout acte nécessitant un effort. A ce titre il faut prévenir la constipation.

2° Fuir la fumée de tabac : prescription qui s'explique par la fréquence des angines de poitrine tabagiques.

3° Insister sur l'hygiène alimentaire et donner la préférence au laitage sous ses diverses formes, aux légumes, aux œufs, aux viandes blanches bien cuites ; proscrire les viandes faisandées, etc,, etc.

4° Combattre les causes dyscrasiques : alcoolisme, saturnisme, arthritisme, etc., etc.

On ne l'oubliera donc pas, malgré la puissance de la médication artérielle, que le succès dépendra de la tenacité du médecin à l'ordonner, de la docilité du malade à la suivre et de la durée pendant laquelle on saura la continuer.

L'angine de poitrine vraie est une maladie de longue durée : on le sait depuis longtemps ; sa guérison ou tout au moins son amélioration est une œuvre de persévérance ; les travaux thérapeutiques contemporains l'ont prouvé.

Ch. Eloy.

REVUE DES THÈSES

Les grandes scléroses cardiaques, par M. le Dr M. Nicolle (*Thèse de Paris*, 1890).

Cette thèse, très certainement consciencieuse, s'appuie sur trois observations très complètes, au double point de vue de la clinique et de l'anatomie pathologique. Elle confirme en grande partie les travaux de M. Huchard et de son élève Weber sur ce sujet. L'auteur appelle « *grandes* scléroses cardiaques » celles qui, visibles à l'œil nu, suggèrent d'emblée l'idée d'une lésion grave et qui se manifestent cliniquement par une symptomatologie dont M. Huchard a le premier donné une description complète ; les « formes atténuées » de sclérose cardiaque sont très limitées, visibles seulement au microscope, et le plus souvent latentes, sans symptomatologie bien déterminée. L'auteur discute les deux théories de la sclérogénèse, la théorie *ischémique* (théorie de M. H. Martin, confirmée par Huchard et Weber) d'après laquelle la sclérose est la conséquence d'une endartérite oblitérante progressive et d'une ischémie du myocarde ; la théorie de l'*action directe* (théorie de Brault et Letulle), d'après laquelle la cirrhose cardiaque est la conséquence d'une lésion simultanée des artères, des capillaires et du stroma connectif.

L'auteur arrive enfin à poser cette conclusion : « La sclérogénèse se caractérise essentiellement par le développement d'une série de foyers qui débutent presque toujours au niveau des points de moindre nutrition. Dans chacun de ces foyers, la lésion de la fibre est brutale et passive, la réaction du stroma, au contraire, lente et active. La présence dans un même cœur des divers stades de l'évolution cirrhotique prouve que celle-ci doit suivre une marche beaucoup plus rapide qu'on n'a coutume de le penser. Dans tous les cas, c'est une marche *successive* et non progressive ». Enfin, l'auteur arrive à cette conclusion, un peu étonnante, que l'étiologie de la sclérose ne renferme que des obscurités. « C'est, ajoute-t-il, du côté d'infections ou d'intoxications à marche assez rapide, et pas du tout du côté d'états diathésiques plus ou moins vagues, à allures lentes et progressives, qu'on trouvera un jour la solution du problème ». A cela, on peut répondre : sans doute, la mode est actuellement aux intoxications et aux infections ; mais quand on a prononcé ces deux mots, on n'a pas toujours fait avancer la science. Du reste, ces états diathésiques que la même mode commande de méconnaitre, peuvent être rattachées à de véritables intoxications.

R. D.

Digitized by Google

Etudes cliniques et anatomo-pathologiques sur le foie cardiaque, par M. le Dr Parmentier (*Thèse de Paris*, 1890).

Travail consciencieux, de 166 pages, lequel sera consulté avec fruit, quoiqu'il ne renferme pas beaucoup de faits nouveaux. Mais, s'il laisse dans l'ombre quelques travaux des autres auteurs, il a un mérite qu'on ne saurait lui refuser: celui de refléter fidèlement l'enseignement ou les opinions des maîtres de l'auteur. La partie clinique de cette thèse nous intéresse plus particulièrement. Après avoir décrit l'asystolie à prédominance hépatique, avec ses deux variétés, l'une caractérisée par l'existence de l'ascite et l'autre par son absence, l'auteur passe en revue la cachexie hépatique, l'ictère cardiaque, le foie cardiaque chez l'enfant, les cardiaques alcooliques, goutteux, pulmonaires et les cardiaques athéromateux. Au sujet de ces derniers, la description clinique est peut-être incomplète. Enfin, dans un dernier chapitre, l'auteur étudie les causes de la mort chez les cardio-hépatiques et le traitement du foie cardiaque. Il montre que les malades succombent à des complications pulmonaires ou rénales dans le cours de l'asystolie, ou encore à la cachexie hépatique, enfin à l'ictère grave qui peut tuer les malades, en quelques jours, au milieu d'accidents typhoïdes.

Malheureusement, cette thèse ne pose pas nettement les indications thérapeutiques, et un praticien serait bien embarrassé, après l'avoir lue, d'instituer un traitement rationnel contre les complications hépatiques des cardiopathies. L'auteur n'insiste pas suffisamment sur le régime lacté, sur la médication iodurée, et il paraît croire que « les purgatifs, le calomel et la digitale » sont suffisants pour « faire disparaître *facilement* l'ascite. » R. D.

De l'idée de persécution dans la mélancolie et le délire des persécutions, par M. le Dr Blin (*Thèse de Paris*, 1890).

L'auteur étudie la pathogénie de l'idée de persécution, puis l'étudie comme symptôme; étudie son évolution et sa valeur au point de vue du diagnostic.

La thèse est volumineuse, mais ne résiste pas à l'examen. Sous prétexte de pathogénie, elle nous montre cette idée faisant irruption brusque ou lente chez les sujets et pense que la torpeur cérébrale des mélancoliques, analogue à celle des hystériques, permet, comme chez celles ci, l'invasion d'une idée de persécution, suggère l'idée de persécution, évoluant différemment chez les dégénérés, chez les vrais persécutés et chez les simples mélancoliques; elle guérirait chez les dégénérés, aboutirait à la mégalomanie chez les persécutés et au délire de négation chez les mélancoliques.

Ceci est une synthèse prématurée et inexacte de faits disparates et mal interprétés. Charpentier

De l'automatisme comitial ambulatoire, par M. le Dr Sous (*Thèse de Paris*, 1890).

L'auteur décrit chez l'épileptique un automatisme analogue à celui de l'hystérique, en fait une maladie de la mémoire, lui donne comme caractéristique la répétition du même acte et l'oubli, admet l'action efficace du bromure de potassium et conclut à l'irresponsabilité des actes commis par les sujets dans cet état.

Comme il s'agit toujours, dans ces cas, de vols ou abus de confiance et suivis de voyages lointains, il y a, à notre avis, lieu d'examiner de très près ces automatismes ambulatoires avant d'en faire un élément pathologique. Dr Charpentier.

Contribution à l'étude de la dermographie, par M. le Dr Cornu (*Thèse de Paris*, 1890).

Dans son étude intéressante sur l'autographisme, M. Cornu, après avoir fait assister au rôle des stigmates dans la sorcellerie du moyen âge, montre l'étroite parenté de cette affection avec l'hystérie, l'urticaire spontané et l'arthritisme; il insiste sur les signes objectifs présentés par le malade, et sur les moyens de les provoquer. Après avoir indiqué les caractères de la lésion ainsi produite dans un court essai de physiologie pathologique, il fait remonter au système nerveux, probablement à une névrose vaso-motrice, toutes les causes de cette bizarre affection.

L. R.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

CHIRURGIE

Traitement antiseptique des plaies des fosses nasales. Il consiste :

1° Dans l'hémostase s'il y a écoulement sanguin ;

2° Dans l'application d'un topique désinfectant.

Hémostase. — Une *injection* froide d'eau boriquée à 3 0/0 suffit souvent pour arrêter l'hémorragie.

Si cette dernière persiste : pratiquer un *badigeonnage* de la muqueuse avec la glycérine boriquée et cocaïnée ainsi formulée :

Acide borique.....	0 50 centigr.
Hydrochlorate de cocaïne...	2 grammes
Eau distillée	5 —
Glycérine.....	10 —

La cocaïne en raison de ses propriétés vaso-constrictives peut suffire pour arrêter l'écoulement sanguin.

Si elle échoue : pratiquer le *tamponnement antiseptique* des fosses nasales, au moyen de l'ouate iodoformée ou de l'ouate boriquée. Albert (de Vienne) préfère la première à la seconde. Ce tamponnement sera d'autant mieux toléré que l'on aura diminué la sensibilité de la muqueuse par un badigeonnage cocaïné.

Pansement. — Dans les cas où on pratique l'hémostase par le tamponnement antiseptique, ce dernier assure le pansement.

Sinon, après une lotion avec la solution boriquée ou resorcinée à 3 0/0, pour enlever les caillots sanguins et pour déterger la muqueuse et la surface de la plaie, on pratiquera des *insufflations* soit avec l'iodoforme finement pulvérisé, soit avec le *talc boriqué* ainsi formulé :

Acide borique finement pulvérisé	ãã 2 grammes
Poudre de talc.....	

On complète le pansement par l'introduction dans la narine d'un tampon d'ouate iodoformée ou boriquée. Ce pansement convient dans les cas de plaies accidentelles et dans ceux de plaies opératoires.

K. D.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES FRANÇAISES

Société de biologie (27 déc. 1890). I. *La benzo-phénonéide en thérapeutique oculaire.* — **Société médicale d'Amiens** (5 nov. 1890). II. *Traitement du tænia.*

I. **La benzo-phénonéide en thérapeutique oculaire.** — Après et peut-être à côté de la pyoctanine, voici parmi les dérivés des couleurs d'aniline, la benzo-phénonéide qui serait, paraît-il, un tétramé-thylo-drapsido-benzo-phénoïde, soluble dans l'eau ; peu irritant pour les téguments et fortement microbicide. C'est M. Galezowski qui le déclare, en son nom, comme ophtalmologiste, et, au nom de M. Petit, comme chimiste.

Digitized by Google

Notre confrère en a fait usage contre les kératites suppurées et phlyctenulaires chroniques, et contre les ulcérations cornéennes. Il l'a employé et l'a recommandé sous forme d'une solution aqueuse, au centième, ainsi formulée :

Eau	20 grammes
Benzo-phénonéide....	0,20 centigr.

La technique du pansement est la suivante :

1° Lotions, sur les surfaces malades, avec un pinceau trempé dans cette solution ;

2° Application de ce pansement plusieurs fois quotidiennement ;

3° Employer le liquide médicamenteux avec abondance.

II. **Traitement du tænia.** — C'est surtout chez les enfants que l'administration des tænicides présente des difficultés. On ne saurait donc trop remercier ceux de nos confrères qui, comme M. Léméré (de Conty), proposent une médication, sinon nouvelle, du moins d'un emploi plus facile.

Quelle est cette médication ?

1° Diète lactée durant vingt-quatre heures, au moins, ou trente-six heures ;

2° La veille du jour où on donnera le médicament, administrer un lavement pour débarrasser le gros intestin ;

3° Le matin, à jeun, et au réveil, faire ingérer l'émulsion suivante :

Extrait éthéré de fougère mâle..	3 à 4 grammes
Calomel.....	0,40 centigrammes
Excipient.....	q. s. pour 30 grammes

Cette dose, d'après M. Léméré, conviendrait pour un enfant de six ans. S'agit-il d'un adulte, il élève la dose de calomel à 0,60 centigrammes.

Immédiatement après l'administration de cette potion, le malade, précaution classique, est placé sur un vase à demi rempli d'eau. Dans trois cas, une enfant de 6 ans, deux adultes de 30 et 45 ans, l'action tænifuge s'est traduite dans l'espace de trente à quarante minutes, par l'expulsion d'un tænia inerme.

Les avantages de ce traitement sont les suivants : petit volume du médicament à ingérer ; action rapide dans l'espace d'une demi-heure ; pas de malaises au moment de l'administration du médicament ou les jours suivants ; enfin, effet purgatif, sans nécessité de prescrire à nouveau un purgatif.

En formulant cette préparation et en réglant si minutieusement son administration, M. Léméré s'est inspiré tout à la fois des difficultés pratiques de l'administration des tænicides en général et d'une sagacité thérapeutique qui mérite d'être imitée et signalée. N. S.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 janvier 1891.

Présidence de M le Dr Horteloup

Kyste dermoïde sublingual, extraction totale de la poche. — M. Delens. — *M. Schmidt*, médecin major, nous a adressé l'observation suivante : Un soldat entré à l'hôpital pour une grosseur qui s'est développée depuis 20 jours seulement sur le plancher de la bouche.

Quand celle-ci est fermée, on voit dans la région sus-hyoïdienne une tumeur globuleuse empiétant un peu du côté gauche. La peau à ce niveau est normale, souple, mobile, et donne une sensation de résistence. On la délimite facilement entre les doigts. et elle semble avoir le volume d'un petit œuf. La bouche ouverte, et la langue relevée, cette tumeur disparait totalement dans la région sus-hyoïdienne, et apparait alors saillante sous sa langue. De forme globuleuse, elle remplit tout l'espace limité en avant par les arcades dentaires qu'elle dépasse en hauteur. Elle est d'une faible coloration jaunâtre. Au toucher, sensation de mollesse ; mais l'empreinte du doigt n'est pas persistante.

Absence totale de troubles fonctionnels. Point de douleur. Aucune gêne de la mastication, ni de la déglutition, ni de la phénation, ou de la respiration.

Diagnostic. — Vu l'âge du malade, 20 ans, la rapidité du développement 20 jours, sa transparence partielle, sa fluctuation et son indolence, le diagnostic de grenouillette sus-hyoïdienne à marche aiguë fut porté, et l'opération décidée et pratiquée le lendemain.

L'ouverture de la poche donna issue à une matière butyreuse, jaunâtre, sébacée, sans mélange de salive. Il s'agissait donc d'un kyste dermoïde à contenu sébacé et non d'une grenouillette. Le plan opératoire fut modifié séance tenante. L'extraction totale de la poche eut lieu facilement ; elle n'offrait aucune adhérence avec l'os hyoïde, ni avec le maxillaire supérieur : huit jours après le malade était guéri.

M. Gérard-Marchant, — L'observation de M. Schmidt présente des particularités sur lesquelles il est nécessaire de revenir ; telles sont la marche rapide de la tumeur, le défaut d'adhérences.

Il est possible que cette évolution rapide (en 20 jours) tienne à des phénomènes inflammatoires — c'était le cas du malade de M. Reclus qui eut des accidents phlegmoneux lesquels nécessitèrent une intervention hâtive.

Le *défaut d'adhérence* est aussi un fait exceptionnel, et dans mon travail sur les kystes dermoïdes du plancher buccal, j'ai montré que la plupart de ces kystes pouvaient se diviser en kystes *ad-géniens* et kystes *ad-hyoïdiens*, ces termes rappelant les connexions de ces tumeurs dermoïdes avec les os (apophyses géni, os hyoïde). Il serait possible de retrouver plusieurs observations de kystes ad-hyoïdiens. M. Chavasse en a présenté un cas ici : l'adhérence existait non seulement avec l'os hyoïde, mais aussi avec une membrane fibreuse avoisinante.

J'ai moi-même opéré, dans ces derniers temps, une jeune fille de 19 ans, atteinte d'un kyste ad hyoïdien : j'ai fait le diagnostic de ces adhérences par l'impossibilité de séparer le kyste de l'os hyoïde, dans des mouvements de déglutition ; c'est-à-dire qu'il n'était pas possible d'interposer les doigts entre le kyste et l'os hyoïde, au moment du soulèvement de la tumeur. Or, dans les tumeurs *ad géniennes*, cette manœuvre est des plus faciles.

Il est fort important de faire le diagnostic des kystes adhérents, car on n'opérera pas *par la bouche* un *kyste ad hyoïdien adhérent* ; il faudra l'attaquer par la voie sus-hyoïdienne médiane, ce qui permettra d'enlever complètement la tumeur, et de ne pas s'exposer à des récidives. Cette voie sus-hyoïdienne mettra mieux à l'abri des phénomènes de rétention du liquide, car on pourra placer un drain dans la région déclive. La cicatrice consécutive est *abritée*, c'est-à-dire siégeant au-dessous du menton ; on ne la voit pas, et d'ailleurs elle est linéaire, lorsqu'on a pris toutes les précautions antiseptiques.

Traitement des anévrysme inguino-cruraux. — M. Bazy — La conduite à tenir dans le traitement des anévrysmes, et en particulier de ceux de la région inguino-crurale, est encore loin d'être fixée, car ces derniers empruntent une gravité spéciale à la région sur laquelle ils se développent. L'observation suivante contribuera à éclaircir cette question. Un homme de 44 ans, alcoolique, se présente à la consultation de M. Bazy ; il est atteint depuis plusieurs années d'un volumineux anévrysme de la région crurale. La tumeur occupe le pli de l'aine, pénètre sous l'arcade crurale, s'étend des épines ilia-

Digitized by Google

ques jusqu'à la moitié de la cuisse ; ses bords sont diffus, la peau qui la recouvre est violacée : la tumeur est animée de battements isochrones au pouls, qui cessent au-dessous d'elle. Le membre inférieur est œdématié, le malade y ressent des douleurs intolérables. L'anévrysme exerce donc une certaine compression sur les vaisseaux et nerfs profonds du membre; de plus, il est manifestement enflammé et prêt à se rompre. En présence d'indications opératoires aussi formelles, M. Bazy se décida à tenter la cure radicale de l'anévrysme par l'extirpation totale. L'opération fut faite le 28 novembre 1889; dans un premier temps, il lia l'artère iliaque externe au-dessus du sac avec les plus grandes difficultés, le vaisseau étant très profondément situé, de façon à diminuer l'afflux du sang dans la tumeur. Chemin faisant, l'artère épigastrique dut être liée également. L'artère et la veine fémorales furent liées de même au-dessous du sac, le chirurgien en commença alors la dissection, mais elle fut extrêmement laborieuse à cause de la minceur de la peau et de l'existence de collatérales profondes. Le sang coulait en abondance; M. Bazy prit alors le parti extrême de fendre la tumeur d'un seul coup de bistouri; une hémorrhagie violente, provenant de la fémoraie profonde, fut arrêtée par la compression à l'aide d'éponges. Après la ligature de la fémorale profonde, la dissection des parois de l'anévrysme put être menée à bonne fin. Il existait alors une vaste plaie à la partie supérieure de laquelle les intestins refoulaient le péritoine. et comprenait presque toute la face interne de la cuisse. La réparation fut longue à se faire, cependant le malade était complètement guéri au bout de deux mois.

L'extirpation du sac devait être préférée à tout autre méthode de traitement pour les raisons suivantes: l'anévrysme était enflammé, ce qui diminuait encore les chances d'une opération incomplète. La ligature au-dessus et au-dessous n'aurait nullement modifié le contenu de la poche, puisque la circulation en retour était rétablie par la fémorale profonde. Enfin, l'épaisseur de la paroi du sac en rendait impossible l'ouverture pure et simple, car cette poche épaisse aurait empêché la réunion immédiate et aurait augmenté les chances de la septicémie. En résumé, le volume considérable d'un anévrysme inguino-crurale, l'inflammation de la poche, la cessation du pouls au-dessous d'elle sont autant de conditions qui indiquent l'extirpation totale.

M. Berger se demande pourquoi une ligature bien faite au-dessus et au-dessous du sac en amenerait l'inflammation. Cette opinion est répétée par tous les auteurs ; elle était peut-être vraie avant la découverte de l'antisepsie mais aucune observation récente ne vient à son appui. Cependant, cette double ligature ne doit pas être abandonnée, elle peut donner de bons résultats dans le traitement de certains anévrysmes.

M. Peyrot. — On ne peut attribuer à la ligature l'inflammation de l'anévrysme: la compression à distance s'accompagne quelquefois de cet accident, et cependant il n'existe aucune plaie.

Traitement des abcès du foie. — M. Peyrot. L'ouverture d'emblée des abcès du foie par une incision large tend de plus en plus à se faire accepter comme méthode de traitement de ces collections purulentes, alors même qu'elles ne présentent aucune adhérence à la paroi abdominale. Les chirurgiens anglais des Indes en ont rapporté un grand nombre de succès, qui ont contribué à entraîner la conviction sur les heureux effets de cette méthode dont voici un nouvel exemple : un homme de 28 ans, ayant fait un séjour de plusieurs années à la Nouvelle Calédonie, où il eut la dysenterie, entre le 1er décembre à l'hôpital Lariboisière pour une grosseur siégeant au niveau du foie. Il existait une voussure énorme de l'hypocondre droit : la tumeur faisait saillie au-dessous des fausses côtes, le foie était lui-même très augmenté de volume. Une ponction, pratiquée quelques jours avant dans le service de M. Raymond, avait fait connaître la nature purulente de cette tumeur. M. Peyrot l'ouvrit le 4 décembre, sur son point le plus saillant, par une large incision pratiquée à un centimètre au-dessous du rebord des côtes. Après avoir sectionné la paroi abdominale, qui n'était reliée au foie par aucune adhérence, il ponctionna l'abcès développé dans le viscère et donna issue à deux litres de pus. Après l'écoulement du pus, le foie, diminué de volume, remonta dans la cavité abdominale et le parallélisme de la plaie hépatique et de la plaie de la paroi se détruisit de telle sorte que M. Peyrot éprouva beaucoup de difficulté à retrouver l'ouverture du foie. Lorsqu'il y fut parvenu, il sutura la glande hépatique à la paroi abdominale, fit un lavage soigné du foyer et termina l'opération par le drainage du foie et un pansement antiseptique. Quoiqu'il se fût écoulé du pus dans l'abdomen après la rétraction du foie, il n'y eut pas le moindre retentissement inflammatoire du côté du péritoine et la guérison fut complète à la fin de décembre.

On peut attribuer ce dernier résultat à l'absence de microbes dans le pus des abcès hépatiques, ainsi que Cartulis et Laveran l'ont démontré. M. Veillard, qui fit l'examen bactériologique du pus de cet abcès, constata qu'il était également dépourvu de germes pathogènes. Cette observation prouve donc que l'on peut ouvrir directement sans danger les abcès du foie, quand bien même une partie de leur contenu tomberait dans le péritoine.

M. Bouilly a observé le même fait après l'ouverture directe d'un abcès du foie. Lorsque le liquide se fut écoulé au dehors, le foie remonta dans l'hypochondre droit, les deux incisions hépatique et abdominale ne se correspondaient plus, les tubes à drainage étaient devenus verticaux ; il est certain qu'une certaine quantité de pus tomba dans l'abdomen. Néanmoins, le malade guérit, quoique ce pus fût très fétide.

M. Chauvel a opéré avec succès par cette méthode, plusieurs abcès du foie ; il n'a jamais trouvé d'adhérences, ni fait de sutures, parce qu'il ne les croit pas utiles. En effet, après l'ouverture du foyer, le foie remonte constamment dans l'hypochondre; elles couperaient donc le tissu hépatique; en supposant même qu'elles résistent, elles maintiendraient le foie dans une position anormale.

Dr H. Marcigney.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 janvier 1891

Présidence de M. le Dr Labbé.

Paralysie faciale hystérique. — M. Ballet communique de la part de M. Boinet (de Montpellier), une observation de paralysie faciale hystérique analogue à celle qu'il a lui-même présentée devant la Société. Cette variété de paralysie faciale avait d'abord été niée par nombre de médecins, notamment par M. Charcot, qui, après avoir examiné la malade de M. Ballet, a abandonné son ancienne opinion et admet maintenant la nature hystérique de la paralysie.

Voici l'observation de M. Boinet : une femme de 31 ans, après une violente émotion, fut prise d'une paralysie faciale droite. qui persiste depuis sept ans. Cette paralysie est limitée au facial inférieur, n'intéresse pas l'orbiculaire des paupières, est incomplète comme degré et essentiellement caractérisée par la modification des sillons de la face, la déviation des lèvres du côté opposé, la saillie de la face quand elle souffle. De plus, fait important, une anesthésie de la face est exactement superposée à la paralysie ; autrement dit, il existe une anesthésie à la douleur sur toute la zone paralysie; cette anesthésie est donc très irrégulièrement distribuée. La nature de la maladie

Digitized by Google

est confirmée par des stigmates hystériques que présente la malade.

M. Rendu a soigné il y a deux mois une femme atteinte depuis 48 heures d'une paralysie faciale présentant tous les caractères de la paralysie *à frigore*, mais il existait de plus une anesthésie de la joue et des téguments voisins. L'orbiculaire des paupières était pris ne trouvant aucun stigmate hystérique, il considéra cette affection comme déterminée par le froid, qui aurait frappé en même temps que le facial certains filets du trijumeau. Il fit faire une application de sangsues et au bout de quinze jours, la malade sortit guérie de l'hôpital.

Note sur un cas de tachycardie. — M. Talamon a publié avec M. Lecorche (1), un cas de palpitations sous la rubrique d'*Epilepsie cardiaque*; le mot tachycardie n'était pas encore en usage. Il rapporte son observation et la compare avec la tachycardie paroxystique essentielle. Un homme de 53 ans, nerveux, irritable, dix ans avant son entrée à la Maison de santé, tombe sur la tête d'un endroit élevé de huit mètres au-dessus du sol. Il en résulte une contusion cérébrale et un délire aigu qui dura un mois. Depuis cette époque le malade est sujet à des crises de palpitations qui se produisent trois ou quatre fois par mois.

Brusquement il éprouve comme un coup au cœur, un vertige, puis des palpitations violentes apparaissent, s'accompagnant d'une anxiété très vive. Les battements du cœur sont extrêmement fréquents, puis au bout d'une demi-heure il ressent une sensation bizarre dans la tête et la crise cesse. A l'entrée du malade à l'hôpital, on constate une phtisie pulmonaire à la troisième période; il n'existe aucune lésion du cœur. Pendant la visite du 19 décembre, il est pris subitement de sa crise cardiaque. Les battements du cœur sont très rapides, incomptables, on entend un roulement sourd au cœur. Le pouls est petit, vibratoire, impossible à compter. Au bout d'une demi-heure, la crise cesse brusquement. Les mouvements du cœur reprennent leur rythme normal. MM. Lécorche et Talamon attribuèrent ces accidents à une épilepsie partielle, causée par un traumatisme cérébral, quoiqu'il n'y eut pas de perte de connaissance. On pourrait aujourd'hui rapprocher le cas de la tachycardie paroxystique essentielle. La possibilité d'une lésion des centres nerveux comme cause efficiente, plaide en faveur de cette hypothèse.

M. Huchard. — La tachycardie paroxystique essentielle n'est pas de nature épileptique et les observations de tachycardie ont trait le plus souvent à des malades âgés; or l'épilepsie essentielle apparait très rarement à un âge avancé. Quant à l'angine de poitrine épileptique, à laquelle M. Talamon a fait allusion, il n'en a jamais observé un seul cas. M Huchard ne veut pas dire par là que l'épilepsie du cœur n'existe pas, il rappelle au contraire que cette affection a été signalée par M. Lemoine (2).

La Société se réunit en comité secret et continue la discussion du rapport de M. Rendu sur les réformes de l'enseignement médical et du concours des hôpitaux, proposées par M. Huchard. H. M.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 janvier 1891

Présidence de M. le Dr Tarnier

M. Hervieux lit un rapport sur la vaccine dans les colonies. Il conclut à la nécessité de rendre la vaccine obligatoire, s'appuyant sur les rapports de différents médecins au Sénégal, au Tonkin et en Algérie.

De la dépopulation de la France. — M. Le Fort déclare qu'il aborde la discussion dans de mauvaises conditions, car l'Académie doit commencer à être lasse de cette discussion, et il se voit obligé de combattre l'obligation de la vaccine. Les adversaires de la vaccine obligatoire sont en même temps les adversaires de la vaccine. Ce n'est pas le cas pour M. Le Fort. Il est persuadé que la vaccine est une excellente chose et que le meilleur moyen de la propager, c'est de donner l'exemple. Mais, s'il est partisan de la vaccine, il ne l'est pas de la vaccine obligatoire.

Il propose d'abord l'isolement effectif des varioleux et la désinfection des objets leur ayant appartenu et des locaux qu'ils ont habité. Il désire que la vaccine soit organisée dans toute la France, et que le vaccin animal, le seul employé, soit mis à la disposition de tous. On parle toujours de la Prusse. Mais on ne parle pas des mesures autres que celles édictées dans la loi de 1874 et qui ont cependant beaucoup contribué à diminuer la variole. Si on s'en rapporte à ce qui s'est passé en Angleterre, le moyen le plus sûr de compromettre la vaccine, c'est de la rendre obligatoire.

La vaccine rendue obligatoire constitue une atteinte grave à la liberté individuelle. Avant de la décréter, il faudrait démontrer que la mortalité par variole va en augmentant, que le service de la vaccine est bien organisé et qu'on n'a plus à vaincre que la négligence ou la résistance des populations. Or qu'elle est la mortalité par variole en France? On n'en sait rien. On n'a jamais fait le relevé des décès par nature de maladies. On sait seulement que, dans 195 grandes villes, il est mort, en 1886, 3.224 personnes; en 1887, 2.603; en 1888, 2.901; en 1889, 2.095. Nous ne savons rien de plus.

Quand M. Brouardel vient dire que la moyenne des décès par variole, en France, est de 14 000, il donne un chiffre fictif et exagéré. La mortalité par variole peut être diminuée par de simples mesures d'isolement. A Paris, on a commencé à isoler les varioleux en 1887 à Aubervilliers. De 1.496 cas, le chiffre des varioleux est tombé à 463 et la mortalité de 915 à 37. De 1865 à 1887, la mortalité par variole, à Paris, a été de 59 pour 100.000. Depuis l'isolement des varioleux elle est tombée à 11 et à 5 pour 100 000. On a donc obtenu le même résultat qu'en Prusse avec l'obligation.

On ne connait pas en France le nombre des vaccinés. D'après le tableau fourni par l'Académie, il y aurait plus d'enfants vaccinés qu'il n'en existe en réalité. Les tableaux de vaccination fournis par les médecins sont fantaisistes. La résistance à la vaccination n'existe pas. L'indifférence est certaine, mais la difficulte pour se faire vacciner est très grande; c'est là l'obstacle qu'il faut vaincre. Les médecins peuvent se procurer du vaccin; mais c'est, en général, à leur frais. On ne sait pas assez qu'actuellement l'Académie ne fournit plus que du vaccin animal. Le vaccin fourni par les préfectures laisse à désirer. Tant que la vaccination n'aura pas été rendue facile, il est inutile de la rendre obligatoire.

Quand on parle de l'Allemagne, on ignore que, bien avant 1874, il y avait des lois qui rendaient, pour ainsi dire, obligatoire la vaccination. Cependant pendant les guerres de 1864 et 1866, par suite du défaut d'isolement des varioleux, la variole a augmenté d'intensité. En 1870, alors que l'armée allemande était vaccinée et revaccinée, que la population était vaccinée, il y a eu, en 1870, 4200 décès; en 1871, 59839; en 1872, 77,000; par le fait du non isolement des varioleux.

Les soldats avaient été revaccinés: il n'en était pas de même de la population civile. Or, les militaires ont eu 31 décès pour 100,000 et les civils 233. La revaccination est donc utile. M. Le Fort ne le met pas en doute. La loi de 1874 eût de

(1) Légorche. *Etudes médicales*, 1879.
(2) *Revue de médecine*.

Digitized by Google

bons effets jusqu'en 1877, puis le nombre des varioleux augmente de nouveau. La vaccination obligatoire n'a donc pas l'influence qu'on lui prête. En 1883, on prit des mesures d'isolement et de désinfection sévères, et la mortalité par variole diminue.

En Angleterre, nous voyons la vaccination obligatoire rester impuissante à diminuer le nombre des cas de variole, mais elle a fait diminuer le nombre des vaccinés. En 1853, la vaccine devient obligatoire : le nombre des vaccinés augmente immédiatement ; mais, l'année suivante, la résistance commence et le nombre des vaccinés diminue et tombe à 58 au lieu de 61 0/0. En 1855, loi très sévère, rendant la vaccination obligatoire pour les enfants et les adultes ; le nombre des vaccinés tombe à 54 0/0 et la variole augmente.

En résumé, M. Le Fort pense que : 1° l'obligation de la vaccine est insuffisante sans les mesures d'isolement et de désinfection rigoureuses ; 2° avant de rendre la vaccine obligatoire, il faut la rendre facile pour tous ; 3° l'obligation de la vaccine va contre le but qu'on se propose et peut diminuer le nombre des vaccinés.

F. R

INFORMATIONS

ÉTRANGER

Russie. — **Congrès international d'anthropologie.** — Ce Congrès s'ouvrira à Moscou le 13 août 1892, sous la direction de M. Bogdanow, recteur de l'Université de cette ville. Une exposition d'anthropologie sera annexée à ce congrès.

NOUVELLES MILITAIRES

ÉTRANGER

Etats-Unis d'Amérique. — **Statistique de la morbidité et de la mortalité militaire.** — Pendant l'année fiscale finissant le 30 juin 1890. il y a eu 32,886 cas de maladies et 6,32 décès sur mille malades.

Dans l'armée navale, durant la même période on a compté 12,029 malades et 9,89 décès pour mille. Sur 13,114 inscrits, un tiers a été réformé.

NOUVELLES SANITAIRES

ÉTRANGER

Syrie. — **L'épidémie cholérique.** — D'après les détails que nous recevons d'un correspondant, l'épidémie a été importée à Alep par des Bedouins nomades à cinquante kilomètres de cette ville ; c'était au commencement de septembre ; de là cette épidémie gagna Killis, Aintah, Oria, Beryerh et Morash vers le Nord, Atamah, Antioche et Homs vers le sud. Des mesures énergiques ont permis de préserver Damas, Beyrouth et le Mont-Liban. De plus, précautions sanitaires inusitées auparavant dans ces contrées, on a exercé une surveillance attentive sur les eaux potables, la desinfection des selles et la propreté des villes. Il est équitable de signaler ces efforts de l'administration turque et de ne pas attribuer seulement aux cordons sanitaires ou aux quarantaines les résultats obtenus.

Italie. — **La fièvre typhoïde en Toscane.** — Voici quelques renseignements qui nous parviennent sur l'épidémie actuelle de fièvre typhoïde en Toscane. Du 15 décembre au 2 janvier on en a compté 764 cas à Florence sur une population de 200,000 habitants et avec une mortalité de 7 pour cent. Depuis que l'on a prescrit de ne consommer que de l'eau préalablement bouillie, le nombre des cas diminue. A Pise, même morbidité ainsi que dans diverses communes de Toscane. Cette épidémie est attribuée à la pollution des sources par des déjections. Ce serait donc là une confirmation nouvelle de la théorie moderne de la propagation de la fièvre typhoïde par les eaux qui servent à l'alimentation.

VARIÉTÉS

Statistique médicale comparée. — Depuis dix années, le nombre des médecins a augmenté considérablement en Europe, et on constate, à l'étranger surtout, une émigration de ces jeunes confrères vers l'Amérique méridionale.

On estime que les Etats-Unis possèdent 100,000 médecins et en comptent chaque année 4,000 nouveaux ; soit un médecin pour 600 habitants. En Allemagne, la proportion est de 1 pour 1,500 ; en Italie de 1 pour 2,000 et en France de 1 pour 3,000. Il y a donc pléthore médicale en Europe et aux Etats-Unis.

Une épidémie de grippe en mer. — Dans son récit du voyage du *Duquesne* en 1890, notre estimé confrère le Dr Beaumanoir, médecin en chef de la marine, rapporte les faits suivants :

« Le 1er février, le *Duquesne* quittait Montévidéo pour opérer son retour en France. Sur le point de terminer la campagne, nous nous félicitions du bon état sanitaire dont l'équipage avait joui durant de longs mois.

» Tout continuait à bien aller à bord, quand, le 14 février dans la journée, se montrent deux cas de grippe. Nous étions alors par 23 degrés de latitude Sud et 29 degrés de longitude Ouest ; le vent soufflait du nord-nord-est, le thermomètre marquait 26 degrés, il faisait beau temps, quelques grains de pluie seulement tombèrent vers 6 heures du soir. Depuis plusieurs jours déjà nous avions des vents de nord-nord-est Durant les quatre jours qui suivirent le départ de Montévidéo, les vents avaient tourné à l'est-nord-est ; la terre la plus rapprochée, la côte d'Amérique, était à 150 lieues sous le vent (or, dans ces conditions, la distance importe peu) ; nous nous trouvions à plus de 700 lieues de la côte d'Afrique, dans la direction d'où venait le vent.

Nous ne pouvions, par conséquent, être influencés par le voisinage d'aucune terre.

» Deux malades furent pris subitement de fièvre, toux et courbature. Les jours suivants, le nombre des entrants pour grippe augmenta dans une proportion rapidement croissante, pour atteindre le chiffre de 46, chiffre le plus élevé, le 21. Jusqu'au 26, les entrées furent encore très nombreuses. A partir de ce jour, elles diminuèrent beaucoup pour cesser complètement à la date du 5 mars.

» Durant les deux semaines qui précédèrent la grippe, les vents vinrent de la partie Est ; il fit habituellement très beau temps et le thermomètre marqua de 25 à 27 degrés centigrades.

» Les premiers jours, en présence de cette fièvre, qui durait de vingt-quatre à quarante-huit heures et même plus, s'accompagnant de céphalalgie, de courbature, de toux avec ou sans bronchite, je fus fort embarrassé ; je ne savais quel nom donner à la maladie. J'hésitais entre la fièvre éphémère et la courbature fébrile. Mais bientôt les caractères nettement épidémiques de l'affection et la tournure qu'elle prenait me firent reconnaître la grippe. Sur la côte d'Amérique, j'avais bien su, par les journaux et les télégrammes, que la grippe sévissait en Europe, mais j'étais loin de me douter qu'elle pût venir nous chercher au beau milieu de l'Atlantique. Sur un équipage de 500 hommes, 233 furent atteints. »

Digitized by Google

Le principe toxique des fleurs de pyrèthre. — Ce principe, d'après MM. Rœb et Schlagdenhauffen, serait l'acide pyréthrotoxique, administré aux animaux par la voie sous-cutanée; il provoque d'abord une phase d'excitation suivie de prostration et de paralysie. Celle-ci disparaît après quelque temps ou bien les phénomènes augmentant, aboutit à la mort, après des altérations des fonctions circulatoire et respiratoire.

L'unification de la nomenclature anatomique. — Les anatomistes allemands ont pris l'initiative de ce travail en collaboration avec M. Leboucq (de Genève), Romiti (de Pise) et Cunningham (d'Edmbourg). Dans ce but, des subsides ont été accordés à la Société anatomique de Berlin par les Académies des Sciences de Prusse, de Saxe et de Bavière (1,500 marks), de Vienne (1,000 florins). La commission est présidée par Kolliker (de Wurtzbourg).

Essai de la gaze à l'iodoforme. — Une bonne gaze à l'iodoforme que l'on immerge dans l'éther, se décolore et abandonne au liquide tout son iodoforme.

Si elle contient des matières colorantes, et qu'on la plonge dans une solution de soude caustique, elle se colore en gris, en rose ou en marron suivant la nature du produit tinctorial que l'on a ajouté dans un but de falsification.

La stérilisation de l'eau salée et son emploi chirurgicale. — Ces essais ont été entrepris par M. Tavel et ainsi résumés dans les *Annales de micrographie* (septembre 1890). La solution employée est la solution physiologique, à 7 pour 1,000, portée à l'ébullition pendant une heure. Les motifs qui ont fait adopter ce liquide sont les suivants : d'abord, les solutions salées ont un pouvoir antiseptique positif; puis l'adjonction de sel à l'eau élève son point d'ébullition, ce qui a de l'importance en vue de la stérilisation; en outre, l'eau salée dissout plus facilement le sublimé que l'eau ordinaire; les mains de ces derniers sont aussi mises à l'abri des altérations qui résultent habituellement de l'emploi prolongé et réitéré des solutions antiseptiques. Enfin, tandis que l'eau irrite les tissus et nuit à leurs propriétés physiologiques, l'eau salée, en diluant les sucs de l'organisme, ne leur enlève pas leurs propriétés bactéricides, et ne nuit en aucune façon à la faculté de résorption de certains organes tels que le péritoine.

D'après M. Tavel, les douleurs qui suivaient souvent les opérations telles que l'ovariotomie, l'hystérectomie, la résection de l'estomac ou des intestins, la cholécystectomie, etc., ont pour ainsi dire disparu depuis que l'ancienne *toilette du péritoine* a été remplacée par les irrigations d'eau salée tiède. Les expériences de M. Tavel auraient prouvé, d'autre part, qu'il suffit d'une ébullition de dix à quinze minutes pour que, dans l'eau salée, tous les germes soient tués. On sait que ce résultat ne peut être obtenu, pour l'eau ordinaire, que par une ébullition prolongée pendant une demi-heure ou même une heure. Il n'y aurait que les instruments du chirurgien qui se trouveraient assez mal de ce traitement.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs Baillarger, ancien président de l'Académie de médecine, médecin honoraire des hôpitaux; Ronzier-Joly (de Clermont l'Hérault); Berges (de Goutz), Matagrin (de Tarare), Chassagny (de Lyon); Pecholier (de Montpellier).

En Suisse : M. le Dr Piechaud (de Genève).

En Angleterre : M. le Dr J. Marshall, professeur d'anatomie à l'University Collège de Londres.

En Hollande : M. le Dr Gorl, professeur de chirurgie militaire à la Faculté de médecine d'Amsterdam.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Antony. — La grippe au point de vue épidémiologique (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, novembre 1890, p. 345).

Belfanti. — L'infection typhoïdique (*Revista gen. italiana di clinica medica*, 31 oct. 1890).

Bonamy et Jeulin. — Fièvre typhoïde palustre; mort par perforation de la vésicule biliaire (*Gaz. méd. de Nantes*, 12 oct. 1890).

Bouveret et Curtillet. — Un cas de myoclonie; amélioration par l'antipyrine (*Lyon médical*, 19 oct. 1890).

Comte. — Fièvres typhoïdes débutant comme des courbatures fébriles (*Arch. de méd. militaires*, novembre 1890, p. 274).

Graham. — Note sur un cas de kyste hydatique du poumon (*The Lancet*, 19 oct. 1890).

Hanbolbt. — De la saignée dans le traitement de l'insolation (*N.-Y. Med. Record* 1er nov. 1890).

Wagnier. — Coryza caséeux (*Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, 15 oct. 1890).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Adams (W.) — Du traitement chirurgical des déformations post-paralytiques (*The Lancet*, 27 sept. 1890).

Ascarreta. — De l'infiltration d'urine dans l'opération de la taille hypogastrique (*La Andalucia medica*, 30 sept. 1890, p. 195).

Batut. — Des éruptions traumatiques (*Gaz. des Sciences méd. de Montpellier*, 27 sept. 1890).

Briddon (Charles). — Laparo-colotomie pour rétrécissement du rectum (*The New-York medical journal*, 20 sept. 1890).

Buffa. — Du cathétérisme rétrograde contre les rétrécissements de l'urèthre (*Il policlinico*, 8 nov. 1890).

Dedver (J.) — Traitement chirurgical des rétrécissements de l'urèthre chez l'homme (*The therap. gaz.*, 15 oct. 1890).

Edebohls. — Deux cas d'hématocèle traités par la laparotomie (*Medical Record*, 4 oct. 1890).

Fargeaud. — Plaies des parois abdominales avec issue de l'épiplon, des intestins et du mesentère (*Journal de la Société de médecine de la Haute-Vienne*, sept. 1890, p. 129).

Gangolphe (M.). — De la suture des malléoles dans certains cas de fractures de l'extrémité inférieure de la jambe (*Lyon médical*, 26 oct. 1890).

Higgins (Carter). — Du traitement des hémorrhoïdes (*The New-York Med. Journal*, 23 sept. 1890, p. 291).

Lefferts. — De l'intubation dans les rétrécissements syphilitiques du larynx (*Medical Record*, 4 oct. 1890, p. 369).

Lewis. — Contribution à l'étude de l'appendicite (*The N.-Y. med. journal*, 25 oct. 1890).

Rose (W.) — Ablation du ganglion de Gresser dans un cas de névralgie (*The Lancet*, 1er nov. 1890, p. 914).

Stedman Bull. — Extraction de la cataracte sans iridectomie (*The New-York med. Record*, 20 sept. 1890).

Tapié. — Occlusion intestinale par péritonite suppurée (*Revue méd. de Toulouse*, 15 oct. 1890).

Trèves (F.) — Un cas de kyste du pancréas (*The Lancet*, 27 sept. 1890).

Tyner. — Capsulotomie préliminaire dans l'extraction de la cataracte (*The New-York medical journal*, 20 sept. 1890).

Van Duyse. — Tuberculose de l'iris avec lymphangite uvéale (*Annales de la Société de médecine de Gand*, août 1890, p. 230).

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE N° 3 21 JANVIER 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, DEMELIN, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

Avis. — *L'administration de la* REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE *prie instamment ses souscripteurs de lui faire parvenir au plus tôt le montant de leur renouvellement et d'y joindre l'une des bandes du journal.*

Prime à nos abonnés. — A ceux de nos *abonnés actuels ou nouveaux* qui désirent se procurer les **Mementos thérapeutiques des praticiens**, nous rappelons que, en leur faveur, le prix de ce volume est :

De **2 fr. 50** livré dans nos bureaux ;

Et de **3 fr. 25** à domicile (franco de frais d'expédition et de poste).

Un nombre considérable de demandes de MEMENTOS *nous étant parvenues durant ces derniers jours, l'Administration du journal informe MM. les souscripteurs que l'expédition de ce volume ne peut se faire que successivement et dans l'ordre des inscriptions.*

Elle prie, en outre, MM. les abonnés qui lui ont adressé une souscription inférieure à 3 fr. 25 (*prix d'expédition et de port compris*), de vouloir bien la compléter le plus tôt possible.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

La nature et la composition de la lymphe de Koch

Après des incidents fastidieux à rappeler et deux mois d'un fâcheux silence, M. Koch se décide à parler.

L'intérêt de l'humanité exigeait qu'il parlât plus tôt, celui de la science qu'il s'exprimât sans réticences. D'une part, c'était le moyen de rendre réellement bienfaisante une découverte destinée, disait-on, à faire merveille; d'autre part, c'était le moyen de ne point en retarder le perfectionnement... Mais, inutile d'insister: on sait ce qui est arrivé. Les expérimentateurs ont éprouvé des revers; des jugements sévères ont été formulés et subsistent; et finalement la renommée trop surfaite du remède secret a été compromise malgré l'estampille et le monopole de l'Etat prussien. Etait-ce le moment psychologique que M. Koch attendait pour rompre le silence, sortir de sa tente et publier une troisième communication?

On se le demande en lisant ce mémoire dans la *Deutsche Medecinische Wochenschrift* du 15 courant, où il donne un aperçu insuffisant, sommaire et incomplet de la composition, de la fabrication et de la nature de sa fameuse lymphe et où il essaye de finir par où tout autre savant se serait fait un point d'honneur de commencer.

Dans cet aperçu, d'une obscurité trop absolue, il débute nécessairement par l'apologie du nouveau remède. En effet, on ne saurait jamais être assez modeste.

« En ce qui concerne son *action curative*, la plupart des renseignements constatent que, malgré la durée relativement courte de la cure, une amélioration plus ou moins considérable s'est produite chez beaucoup de malades; on a même constaté dans des cas assez nombreux une guérison complète.

» Quant à dire que, non seulement le remède peut être dangereux dans les cas trop avancés, ce qu'il y a lieu de reconnaître *a priori*, mais qu'il active précisément le processus tuberculeux et qu'il est conséquemment nuisible, cette assertion est tout à fait isolée. »

Et il ajoute :

» Depuis un mois et demi, j'ai eu l'occasion de réunir une série de nouvelles observations, relatives à cent cinquante cas de tuberculoses les plus variés, à l'hôpital de Moabit, et de constater la puissance curative et la valeur diagnostique du remède. Tout ce que j'ai vu dans ces derniers temps concorde donc avec mes observations antérieures et je n'ai rien à modifier dans mes conclusions précédentes. »

Il ne faut donc point chercher dans ce préambule une explication de désastres thérapeutiques, hélas trop nombreux, ni l'explication des résultats si tristement décisifs des autopsies pratiquées par M. Virchow (1). M. Koch exprime, une fois de plus, sa satisfaction à l'égard de ce remède en exploitation. Rien de plus. C'est peut-être là un sentiment humain et paternel : ce n'est point une démonstration scientifique.

Il était intéressant de connaître la voie qui a conduit M. Koch à sa découverte. On supposait une application des doctrines et de la méthode pastoriennes. La supposition n'était pas illégitime.

A preuve le passage suivant, dans lequel M. Koch résume l'origine de cette découverte :

« En inoculant un *cobaye sain* avec une *culture pure du bacille* de la tuberculose, la plaie se referme par première intention et semble cicatrisée au bout de quelques jours. Ce n'est qu'après dix à quatorze jours que l'on voit apparaître un nodule induré, qui s'ouvre et forme une ulcération persistant jusqu'à la mort de l'animal. »

S'agit-il d'un *cobaye tuberculeux* et surtout d'un

(1) Voir : p. 44.

Digitized by Google

cobaye infecté depuis quatre à six semaines? Il en est autrement :

« Il y a bien réunion de la plaie d'inoculation, mais il ne se forme point de nodules. Dès le lendemain ou le surlendemain, il se produit au point d'inoculation les modifications suivantes : induration et coloration plus foncée de la région s'étendant jusqu'à un demi ou un centimètre ; nécrose consécutive de la peau ; élimination de l'eschare, puis guérison de la plaie sans infection des ganglions lymphatiques voisins. »

C'est prouver, sans le dire, qu'une première poussée de tuberculose confère aux animaux en expérience une *immunité relative* contre une infection ultérieure et donner une justification de la doctrine française de l'immunité.

Ce n'est pas tout : M. Koch ajoute que cette immunité s'observe encore après l'inoculation de bacilles privés de vie par le froid, une chaleur de 100 degrés ou bien des agents chimiques. N'est-ce pas encore là une application de la méthode des vaccinations successives et la théorie des vaccins chimiques? Après cela, sous une autre plume que celle du savant berlinois, le lecteur devait s'attendre à rencontrer les noms de Pasteur et de l'Ecole française. M. Koch les a oubliés. Il y a comme cela des omissions plus explicables qu'excusables et de nature à faire réfléchir sur l'originalité d'une méthode inédite par ses résultats, mais non par ses principes.

« Ayant constaté ces faits, j'en ai, ajoute M. Koch, poursuivi l'étude dans toutes les directions possibles ; j'ai reconnu que les cultures pures de bacilles privés de vie, broyées et délayées dans l'eau, peuvent être injectées en grande quantité sous la peau des cobayes sains, sans déterminer autre chose qu'une suppuration locale. C'est là l'un des moyens les plus simples et les plus sûrs de se procurer des suppurations dépourvues de bacilles vivants.

» Les cobayes tuberculeux sont, au contraire, tués par l'inoculation de petites quantités de cultures ainsi délayées dans l'eau, dans un espace de temps qui varie, suivant la dose, de six à quarante-huit heures.

» La dose maxima à laquelle on arrive sans tuer l'animal peu déterminer une nécrose étendue de la peau dans la région du point d'inoculation. Si l'on dilue davantage la solution, de manière qu'elle soit à peine trouble, les animaux restent en vie et une amélioration remarquable dans leur état se produit bientôt lorsqu'on continue les injections à des intervalles de un à deux jours. La plaie d'inoculation diminue et finit par se cicatriser, ce qui ne s'était jamais produit en l'absence de cette médication ; les ganglions lymphatiques tuméfiés diminuent ; le processus morbide s'arrête. S'il n'est pas arrivé à une période trop avancée, l'animal ne meurt pas d'épuisement. »

Telles sont les bases de la méthode thérapeutique adoptée par M. Koch.

Cependant, il y avait une difficulté à vaincre : on ne pouvait employer les solutions de bacilles morts, car ces bacilles ne sont pas résorbables, et, par leur séjour dans la plaie, provoquent des suppurations.

Les bacilles, d'après M. Koch, sécrètent deux substances toxiques : l'une, soluble et diffusible dans les humeurs de l'organisme, serait susceptible d'enrayer le processus tuberculeux : c'est la substance curative ; l'autre, retenue par les bacilles et moins soluble sans doute, provoquerait probablement la suppuration.

Le problème thérapeutique à résoudre consistait donc à extraire la substance dite curative en solutions suffisamment pures, en d'autres termes à isoler l'une des toxines — la toxine spécifique — sécrétées par le bacille de la tuberculose.

Ces essais avaient été tentés déjà par d'autres bactériologistes. Les résultats obtenus sont nouveaux; soit! Les principes de la méthode, ne le sont pas, on s'en doutait bien, et, à défaut d'autres preuves, on avait dès l'abord reconnu, dans les vertus de la lymphe livrée par son laboratoire. Toutes les propriétés physiologiques des toxines : inefficacité quand on les introduit dans l'organisme par le tube digestif, actions congestives, vasomotrices, phlogogènes, nécrosantes, pyrétogènes, etc., quand on les injecte sous la peau ou dans les voies circulatoires.

Voilà donc comment, après deux mois d'un silence assurément superflu, le savant allemand, par des aveux partiels, confirme les hypothèses que la plupart des bactériologistes formulaient dès le premier jour de la fameuse découverte ! Au demeurant, c'est déclarer que la *lymphe, dite de Koch, ne serait qu'une culture stérilisée du bacille de la tuberculose.*

L'originalité de la découverte, consisterait-elle dans *le mode de préparation de cette substance*? Ici, M. Koch, ne dévoile guère son secret. Faut-il s'en étonner? Pourquoi! Dans l'industrie, il n'est point d'usage, cela s'explique, de livrer au public les secrets de fabrication.

« J'ai, écrit-il, réussi à extraire au moyen d'une solution de glycérine à 40 ou 50 0/0, la subtance curative des bacilles.

» Le remède dont on se sert dans le traitement de la tuberculose est donc un *extrait de cultures pures de bacilles tuberculeux dissout dans la glycérine.*

» Naturellement l'extrait contient non seulement la substance active, mais aussi tous les autres produits solubles dans la glycérine à 50 0/0. On y trouve une certaine quantité de sels minéraux, des matières colorantes et d'autres substances extractives inconnues.

» La solution peut être assez facilement débarrassée de quelques-unes de ces substances ; en effet, la substance curative est insoluble dans l'alcool absolu. Traitée par l'alcool, on ne l'obtient pas pure, il est vrai, mais encore combinée avec d'autres substances extractives également insolubles dans l'alcool. Il est également possible de se débarrasser des matières colorantes, et d'obtenir une substance sèche et incolore, qui contient le principe actif sous une forme beaucoup plus concentrée que la solution primitive dans la glycérine. Cette purification de l'extrait glycériné n'offre d'ailleurs aucun avantage dans la pratique, car les substances que l'on fait disparaître n'ont aucune action sur l'organisme humain. La purification augmenterait inutilement le prix du remède.

» On ne peut jusqu'ici émettre que des hypothèses au sujet de la composition de la substance active ; elle semble être un *dérivé des albuminoïdes* et se rapproche de ces dernières ; elle n'appartient pas au groupe des toxalbumines, car elle supporte les hautes températures et traverse facilement et rapidement la membrane du dyaliseur.

Digitized by Google

» La quantité de cette substance contenue dans l'extrait serait de 1 0/0 environ. »

Extrait glycériné de culture bacillaire; substance curative insoluble dans l'alcool; nature albuminoïde probable de cette substance! Puis..... c'est tout. Avec ces notions on peut satisfaire la curiosité du télégraphe et du public extra-médical; mais vraiment sans être grand clerc en bactériologie on conviendra de leur insuffisance pour permettre des recherches de contrôle.

Après avoir lu cette communication, on reconnaît donc que la technique de M. Koch n'est qu'une adaptation, à l'étude des toxines de la tuberculose, de procédés usuels dans les laboratoires. On constate aussi, avec regret mais sans étonnement, l'omission des détails de fabrication, dont la connaissance est indispensable. M. Koch parle de cultures bacillaires; mais il oublie de mentionner l'âge de ces cultures, et cependant on sait que leur richesse en toxines varie avec cet élément. M. Koch fait usage, dit-il, de la glycérine, mais il ne donne point la proportion du dissolvant, le moment de son emploi, son mode d'action sur les cultures, la température la plus convenable pour cette opération. Et l'action de l'alcool? Quelle est-elle?

Bref, en présence de ces réticences, on se demande si par cette communication nouvelle, M. Koch se serait proposé de justifier les paroles suivantes du Ministre von Gossler annonçant au Landstag la monopolisation du remède par l'Etat prussien :

« M. Koch pourrait énumérer les substances avec lesquelles » il fabrique sa lymphe, il pourrait même décrire sa méthode; » *quant au procédé ce n'est point possible. D'ailleurs cette méthode est si délicate qu'un travailleur exercé mettra six mois à « s'y familiariser.* »

Je suis donc de l'avis du *Bulletin médical* et d'un éminent bactériologiste, son collaborateur : « Depuis la » dernière publication de Koch nous ne sommes guère » plus avancés aujourd'hui qu'avant ».

Par compensation, nous possédons une théorie de plus : la théorie de l'action spécifique, élective et nécrosante du remède sur les tissus tuberculeux. Aurait-elle quelque valeur? On se le demande.

M. Koch ne semble pas disposé à en faciliter le contrôle par les physiologistes de bonne volonté. Il leur met bien une lanterne dans la main; seulement, quand il s'agit d'obtenir la lumière, il trouve le moyen de les empêcher de l'allumer. CH. ELOY.

THÉRAPEUTIQUE DERMATOLOGIQUE

Les traitements de la tuberculose lupique

Par M. le Dr E. BESNIER
Médecin de l'hôpital Saint Louis, Membre de l'Académie de médecine (1).

Procédé opératoire. — Le procédé d'exécution, lui-même, est beaucoup plus aisé à démontrer pratiquement que théoriquement : il consiste à hacher dans tous les sens, méthodiquement et régulièrement, l'îlot de peau lupique; plus les hachures seront rapprochées et faites régulièrement, plus on aura de chances, en couvrant la partie malade de hachures losangiques à la manière dont on ombre un dessin à la plume, d'atteindre exactement la superficie de toute la plaque. La profondeur à laquelle doit pénétrer l'aiguille est déterminée par le degré de résistance rencontré, lequel, très faible pour le tissu pathologique, devient, au contraire, très appréciable pour les parties saines du derme qu'il faut atteindre sans les dépasser, et que l'on entend très distinctement crépiter sous la pointe de l'aiguille. Il faut atteindre les parties saines du derme pour être sûr d'avoir complètement dilacéré tout le tissu malade, condition absolue de succès; il ne faut pas sectionner la peau en entier pour éviter les cicatrices fibreuses, indélébiles.

En cette opération, comme dans toutes les autres, il faut comprendre d'abord, mais aussi voir agir, et avoir agi soi-même; il n'est personne qui ne puisse acquérir assez rapidement, en pratiquant, le degré d'habileté indispensable; on devra s'attacher soigneusement, après avoir bien fixé et immobilisé sur un appui quelconque le bord externe et la paume de la main, comme on le fait pour écrire, à manier l'aiguille, comme une plume, avec les doigts, et non avec les mouvements étendus du bras et de l'épaule, auxquels se complaisent les débutants.

En observant attentivement la surface scarifiée, soit immédiatement après l'opération, soit pendant la réparation, on se rend aisément compte du procédé physiologique de la réparation. En effet, l'aiguille tranchante, convenablement menée, laisse intacts, au milieu du tissu pathologique, des sommets de papilles ou des vallons interpapillaires, conservant des rudiments de la couche génératrice de l'épiderme, véritables greffes épidermiques autochtones qui, débarassées du tissu de granulation exubérant qui les enserrait, évoluent régulièrement et produisent des restaurations véritablement extraordinaires pour celui qui n'aurait pas pénétré leur mécanisme. De là, découle pour nous, dans l'application des scarifications linéaires, l'obligation de mener toujours l'aiguille perpendiculairement au tissu scarifié, et non obliquement, en fauchant; la raison de ce précepte n'a pas besoin d'être plus longuement expliquée.

Après un nombre de scarifications variable, la surface lupique est devenue cicatricielle formant, à l'examen attentif, un réticulum dans les mailles profondes duquel sont enserrés des foyers lupiques incessamment repullulants et progressant. C'est là le moment physiologique de la scarification, l'éternelle repullulation des foyers lupiques, l'écueil de toutes les méthodes de traitement du lupus, mais des méthodes sanglantes en particulier. Aussi, comme on le faisait auparavant, après la rugination, à l'aide de divers caustiques, Brocq propose-t-il « dans les cas rebelles » de terminer la dilacération en cautérisant l'intérieur de la loge avec la pointe fine d'un crayon de nitrate d'argent. Nous conseillons de le faire dans tous les cas; de se servir pour cet objet de crayons de nitrate d'argent, bien acérés, solides, mitigés, non fragiles, et de faire suivre cette cautérisa-

(1) Suite. Voir n° 2.

Digitized by Google

tion d'une seconde à l'aide de stylets de zinc métalliques introduits dans les foyers à la suite du nitrate d'argent. C'est notre pratique générale pour tous les foyers de tuberculose sans exception; chaque centre tuberculeux représente une gomme tuberculeuse proprement dite, et dans toutes les variétés le nitrate d'argent est un agent curatif de premier ordre; le curage ou la dilacération ne représente ici que le moyen de mettre en contact le caustique directement avec le foyer à réduire, comme nous l'avons écrit en 1883.

Dans les gommes dermiques et hypodermiques, ouvertes spontanément ou artificiellement et de bonne heure (ce qui est loin d'être une pratique à rejeter), les cautérisations avec le nitrate d'argent, suivies de l'application du zinc métallique, constituent un excellent moyen, mais il le faut appliquer avec énergie et combattre, sans relâche, le bourgeonnement dans les points où le crayon peut pénétrer. Le nitrate d'argent est, ici, l'agent le plus spécialement efficace; nous nous servons de crayons assez solides pour être engagés dans les trajets et pour pénétrer par effraction dans les tissus ramollis. On peut, assurément, obtenir aussi de très bons résultats avec l'acupuncture ignée thermique ou électrique, mais toutes les fois où le nitrate d'argent est applicable, c'est le mode de cautérisation qui nous a paru préférable.

La scarification peut s'exécuter le malade étant assis sur un siège ou étendu sur un lit : *à l'hôpital, et dans les policliniques*, la *table d'opération* nous paraît préférable, parce que la tête est naturellement soutenue, parce qu'il est beaucoup plus facile d'entourer le patient, et que des assistants plus nombreux peuvent suivre les détails de l'opération. Si l'on a devant soi un jour favorable, l'éclairage des parties à scarifier est parfaitement assuré, et l'ensemble de l'opération est généralement plus facile; nous n'avons jamais dit qu'on ne puisse pas parfaitement faire les scarifications, le malade étant assis, cela est de la convenance de chacun.

Anesthésie locale. — La scarification linéaire est une opération médiocrement douloureuse quand elle est bien exécutée, avec de bonnes aiguilles; mais il y a de grandes variétés dans la sensibilité des sujets; les hommes se font remarquer par une pusillanimité très commune, les femmes et les jeunes enfants supportent moins mal l'opération; mais il faut, parfois, au moins pour la première séance, anesthésier la région à l'aide de l'appareil de Richardson, ou des mélanges réfrigérants, ou bien faire une scarification courte et imparfaite; une fois l'accoutumance établie, on suppléera à l'imperfection de la première intervention. Toujours assez difficile à la face, l'anesthésie localisée a pour inconvénient, en toute région, d'altérer la consistance et l'aspect des parties malades au moment où il est le plus nécessaire de les voir dans leur état réel; d'autre part, la douleur est en réalité si tolérable ordinairement, que, comme l'a dit Vidal, on arrive bientôt à y renoncer d'un commun accord avec le malade.

Depuis l'appropriation du chlorure de méthyle à l'anesthésie localisée par Bailly (de Chambly), on arrive plus aisément à obtenir la congélation analgésiante, puisqu'il suffit de badigeonner la partie à insensibiliser avec un pinceau de charpie ordinaire imprégné de chlorure de méthyle, jusqu'à ce qu'elle soit blanchie et indurée, ou à laisser tomber le liquide goutte à goutte sur la même surface. Bailly a mis entre les mains du praticien un outillage peu coûteux : un très petit siphon contenant le chlorure de méthyle, et un manchon de verre tubulé servant de récipient conservateur, dont on pourrait encore avantageusement réduire les dimensions, et chacun peut aisément apprendre à le manier. Mais quel que soit le procédé de congélation que l'on emploie, les inconvénients restent considérables pour la scarification, encore que l'écoulement du sang empêché semble être une condition favorable : la consistance des tissus malades, qui était si précieuse pour diriger l'instrument, est devenu uniforme, et il faut agir au jugé; le retour de la sensibilité et la décongélation sont si rapides, surtout avec le chlorure de méthyle, que l'on ne peut finir la scarification, si elle a quelque étendue, sans voir la sensibilité revenue. Enfin, cette congélation elle-même ne laisse pas que d'être pour quelques malades fort douloureuse, et chez les tout jeunes enfants elle n'empêche pas la scène de cris et d'agitation; enfin, chez quelques sujets, elle détermine une dermite assez vive.

Le mieux assurément serait de pratiquer l'anesthésie locale par l'injection intradermique de cocaïne; mais si la surface a quelque étendue, ces injections doivent être opérées en plusieurs points, aux points cardinaux de la plaque pathologique; leur mise en action réclame quelques précautions contre les accidents cocaïniques, un outillage antiseptique, un temps matériel assez considérable; aussi, en fait, ne sont-elles généralement pas applicables, ou au moins appliquées, dans nos policliniques, où nous avons beaucoup plus de cas à opérer que ne le comporte le temps dont nous disposons, et le personnel restreint de nos assistants.

Quant à l'anesthésie générale, qui réaliserait le mieux pour l'opéré et pour l'opérateur, il est bien difficile de l'appliquer à une opération d'aussi petite chirurgie, qui doit être souvent renouvelée; elle est inexécutable dans les policliniques, et ne peut être employée que dans des circonstances tout à fait particulières.

Hémostase. — La scarification linéaire donne lieu à un *écoulement sanguin en nappe* immédiatement assez abondant, mais qui cesse rapidement par la compression avec l'éponge ou avec le coton hydrophile préparé en fragments réguliers de dimensions variées.

Au moment de commencer la scarification, nous faisons mettre à notre portée un assez grand nombre de petits fragments de coton hydrophile. *Aussitôt une surface de quelques centimètres scarifiée, et avant qu'aucun écoulement de sang ait pu dépasser le petit morceau de coton hydrophile* que nous plaçons à côté de la plaque, l'opérateur, ou un aide, couvre la partie scarifiée avec un autre petit fragment de coton qu'il maintient ou que nous maintenons avec la main gauche, et ainsi de suite. De cette sorte, nos séances de scarification, même les plus étendues, se font *sans que les parties voisines soient atteintes par le sang;* au bout de quelques instants de compression, tout écoulement a cessé, le fragment ou les fragments de coton peuvent être levés, et la surface scarifiée peut être examinée aisément à l'œil nu et à la loupe. Indépendamment de la netteté satisfaisante des scarifications ainsi pratiquées, nous trouvons encore, à

Digitized by Google

procéder ainsi, cet avantage très appréciable chez des malades généralement anémiques, *de réduire aux plus petites proportions les déperditions sanguines.* Dans aucun cas, il n'est nécessaire d'avoir recours à un autre procédé d'hémostase.

La scarification terminée, nous abstergeons soigneusement, avec des carrés de coton hydrophile, la surface scarifiée ; puis le pansement se fait extemporanément sur toutes les surfaces planes avec de l'ouate, si la surface scarifiée est étendue, ou avec de l'emplâtre Vigo. Ainsi pansés, les malades vont au dehors sans aucun inconvénient, et sans précaution à prendre autrement que contre l'air froid, dans la mauvaise saison. Chez des sujets particulièrement sensibles, nous faisons un pansement simple approprié aux cas particuliers.

Soins consécutifs. — Les soins consécutifs, toujours fort simples, varient selon les cas et les sujets ; il n'est nul besoin d'une antisepsie savante ou compliquée ; il suffit de se servir d'eau bouillie, de coton hydrophile purifié, d'instruments et de linges propres, maniés avec des mains propres, pour n'avoir jamais d'accidents à redouter.

Le pansement immédiat que nous préférons est le coton hydrophile purifié, en couche assez épaisse et laissé en place jusqu'au lendemain. Pulvérisation de vapeur d'eau bouillie tiède. Après quarante-huit heures, pansement avec l'emplâtre de Vigo fin convenablement préparé, ou tout autre pansement approprié, s'il y a une plaie sécrétante et bourgeonnante, comme cela arrive quand la dilacération a été faite pour le lupus tuberculo-gommeux subaigu ou chronique ; en un mot, direction du processus de cicatrisation. Applications résolutives, cautérisations au nitrate d'argent suivie, s'il y a lieu, de l'application du crayon de zinc, etc., surveillance dans tous les cas, à cause des intolérances médicamenteuses idiosyncrasiques. Nous employons fréquemment les pulvérisations avec des solutions faibles de sublimé ou d'acide borique, de salicylate de soude, etc., mais, encore une fois, tout cela, surtout dans les cas où il y a une plaie opératoire à diriger, est sans règle systématique.

L'époque à laquelle doit ou peut être renouvelée la scarification varie selon la durée du temps nécessaire à la cicatrisation ; celle-ci opérée, on peut faire une nouvelle séance, et ainsi de suite, les opérations se répètent toutes les semaines, tous les quinze jours, toutes les trois semaines, ou tous les mois, selon les cas.

3° *Durée du traitement par les scarifications linéaires. Indications et contre-indications.* — Combien faut-il de séances de scarifications pour la guérison d'une plaque de lupus ? Cela dépend de l'étendue de cette plaque, de la tolérance de l'opéré et de la manière dont l'opération est exécutée.

Plus la scarification aura été soigneusement exécutée, minutieusement pratiquée, plus le tissu morbide aura été dilacéré dans tous les points à la profondeur convenable, plus le résultat sera rapide, et moins seront multipliées les séances nécessaires.

En toute circonstance, ce dont le médecin doit être bien informé, *et ce dont le malade doit être dûment averti*, c'est que, si le lupus est ancien, ou étendu, non seulement il faudra toute une série souvent illimitée de séances pour obtenir une belle cicatrice décolorée, lisse, souple et égale de teinte, mais encore qu'il faudra, dans les années suivantes (peut-être dans les mois suivants) des séances de perfectionnement pour reprendre avec l'aiguille la destruction des foyers scrofulotuberculeux qui émergent ou qui se reproduisent souvent avec une grande ténacité.

Sans tenir un compte suffisant de cette ténacité dans la repullulation des foyers lupiques, de la profondeur à la surface, on a reproché à la scarification linéaire de ne pas mettre à l'abri des récidives ; ce reproche peut être fait également à tous les procédés qui ne détruisent pas les parties saines en même temps que les parties altérées.

Ainsi que nous l'avons écrit dans notre mémoire de 1883, cette méthode est certainement *la plus brillante* qui se soit produite jusqu'à présent : les résultats immédiats qu'elle donne sont très satisfaisants ; son application est relativement facile et innocente à titre local ; de plus, dans les formes congestives et hypertrophiques, elle amène des résultats qui dépassent toute attente. Cependant, le reproche qui lui a été fait dès le début, d'être suivie presque indéfiniment de récidives sur place, et que l'on pouvait espérer éviter dans l'avenir, en perfectionnant le procédé opératoire, est, au contraire, devenu plus réel, à mesure que les années ont permis de contrôler les résultats.

D'autre part, il est également devenu manifeste que, dans beaucoup de cas, les séances de scarification nécessaires pour un cas donné, deviennent tellement nombreuses, que le patient et le médecin finissent par en être lassés ; quelques-uns, qui ont encore leur lupus, ont subi quarante, soixante, cent scarifications, et même davantage.

Dans ces cas rebelles, qui ne sont pas très rares, on piétine littéralement sur place ; c'est après les avoir constatés que L. Brocq — 1886 — a proposé une transaction qu'il désigne sous le nom de *méthode mixte* et qui consiste, si l'on traite un lupus par les scarifications, à recourir aux cautérisations ignées dès que l'amélioration obtenue se ralentit, et si l'on traite un lupus par la cautérisation, à employer les scarifications quand la même éventualité se produit. Sur le premier chef, nous ne ferions aucune objection à une proposition absolument logique et correcte, s'il nous semblait innocent de faire un grand nombre de fois la dilacération sanglante d'un lupus. Le second point n'est pas aussi simple ; il est beaucoup plus rare de voir un lupus traité par les cautérisations ne pas céder ; on est toujours, au moins, sûr de détruire les tubercules que l'on voit. S'il s'agit d'un lupus irritable au feu, qui non seulement ne progresse pas en bien, mais progresse en mal, nous acceptons, comme un pis-aller inévitable, la scarification, et nous n'hésitons pas à la conseiller. Voilà les points bien fixés, et il ne reste pas d'ambiguïté ; nous y reviendrons cependant tout à l'heure.

Ce qui nous a fait abandonner la scarification et lui

Digitized by Google

préférer la cautérisation ignée, c'est qu'il ne saurait être indifférent de dilacérer, un grand nombre de fois à l'aiguille tranchante, une tuberculose locale, et que notre observation personnelle nous a prouvé la fréquence plus grande, ou l'échéance plus rapide, de l'infection ganglionnaire et viscérale, chez les sujets scarifiés, que chez ceux qui avaient été soumis aux cautérisations chimiques que nous pratiquions auparavant. A la vérité, des auteurs considérables, Vidal, Brocq, Aubert, déclarent n'avoir jamais vu d'infection tuberculeuse survenir chez les malades lupiques scarifiés dans la pratique de la ville ; cela est très remarquable, mais il faut remarquer aussi qu'il s'agit de la minorité des sujets atteints de lupus ; que nos collègues n'ont pas pu suivre tous leurs malades pendant un grand nombre d'années. En ce qui nous concerne, bien que ceux des lupiques scarifiés par nous dans la pratique civile, et que nous pouvons encore à présent suivre, soient très peu nombreux, il en est quelques-uns sur lesquels nous ne sommes pas aussi rassurés, bien qu'ils soient dans les conditions hygiéniques et sociales les meilleures.

Quant aux infections viscérales observées chez les malades hospitalisés, leur fréquence n'est pas contestée, mais elle est attribuée par nos savants collègues à l'infection de la tuberculose nosocomiale, ou bien elle serait aussi grande chez les sujets qui n'ont jamais été traités par les méthodes sanglantes. Telle n'est pas notre opinion ; nous avons vu, sans aucun doute possible, plus de lupiques se tuberculiser rapidement pendant les années où nous avons pratiqué exclusivement la rugination ou la scarification, que dans celles, beaucoup plus nombreuses, où nous avons employé les caustiques chimiques, ou pratiqué la cautérisation ignée.

Tous les sujets atteints de lupus sont exposés, comme tous les sujets atteints de tuberculose locale quelconque, à une infection tuberculeuse, ce qui ne veut pas dire que cette éventualité se réalise toujours, tant s'en faut ; mais nous pensons que le lupus ne fait pas exception parmi les tuberculoses locales. Si, il est logique de redouter pour elles les opérations sanglantes, cela est surtout logique aussi pour le lupus, si l'on veut bien se rappeler que la dilacératiou des tissus par l'aiguille tranchante, dans la méthode des scarifications linéaires, doit nécessairement se renouveler au cours du traitement et des années un grand nombre de fois, car ce danger, même en le supposant minime, sera multiplié par la répétition même des opérations. C'est là le point capital de la question. Nous ne proscrivons pas, et nous pratiquons, à l'occasion, une scarification énergique dans un lupus congestif et irritable au feu ; il n'y aurait pas à hésiter à scarifier largement et profondément un lupus aigu grave, qui ne bénéficierait pas de l'ignipuncture, et qui continuerait à détruire les tissus.

Mais nous ne pouvons nous décider à scarifier le lupus tuberculeux en acte, un grand nombre de fois, dans le seul but d'obtenir une cicatrice immédiate un peu meilleure, alors que nous avons en mains, ainsi que nous allons l'exposer, d'autres moyens de traitement aussi efficaces et non sanglants.

2° **Procédés non sanglants. Cautérisation ignée. Electrolyse.** — A CAUTÉRISATION IGNÉE. — *La cautérisation comprend : 1° la cautérisation massive; 2° la cautérisation interstitielle et fragmentée, et la scarification caustique à l'aide du cautère thermique ou galvanique.*

1° *Cautérisation ignée massive.* — La destruction en masse du lupus par le cautère potentiel ne pourrait être justifiée que si elle mettait plus que les autres méthodes à l'abri de la récidive, ce qui n'est pas ; et si elle pouvait conserver, comme d'autres procédés, le maximum de tissus sains, ce qui n'est pas. Elle ne serait admissible, en principe, que sur le tronc ou sur certaines parties des membres, où elle pourrait avoir l'avantage de détruire définitivement, sans retour, un foyer de tuberculose locale, si on n'avait pas à sa disposition d'autres moyens aussi actifs et moins redoutables. Toutefois, notre exclusion de ce procédé n'est pas acceptée par tous les chirurgiens. — Voy. notre Mémoire de 1883.

2° *Cautérisation galvanique ou thermique interstitielle et fragmentée, tatouage et scarifications électrocaustiques ou thermocaustiques.*

Cette méthode de traiter le lupus —qui a été systématisée et réglée par nous — afin d'obtenir plus de rapidité dans la cure, mais surtout pour éviter la perte de sang et ne pas favoriser l'infection générale à laquelle sont exposés tous les sujets atteints de tuberculose locale, n'est pas nouvelle.

La première application réglée de la galvanocaustique au lupus appartient à l'illustre Hebra (1) qui la signale comme une acquisition très précieuse de la thérapeutique du lupus en faisant cette restriction qu'elle n'est, en général, praticable qu'à l'hôpital, à cause des appareils et des aides qu'elle réclame. Les instruments appliqués par Hebra étaient : 1° une anse de fil de platine terminée en pointe et plongée (chauffée à blanc) dans chacune des tuberculoses du lupus ; 2° une tige de porcelaine conique, entourée de spirales de fils de platine pour la cautérisption des tubercules confluents ; 3° un morceau de fil de platine en forme de couteau pour abraser les tubercules de lupus hypertrophique ; 4° l'anse de fil pour extirper les masses de ce même lupus, par exemple le lobule de l'oreille très hypertrophié et infiltré. Neumann — (*Traité des maladies de la peau*, Trad. franç. de Darin, p. 457) — énumère les instruments déjà indiqués tout à l'heure ; il ajoute que, dans la majorité des cas de lupus hypertrophique, tuberculeux, serpigineux, la galvanocaustique suffit, seule, à la guérison ; qu'une application de cautère galvanique équivaut à environ vingt applications de nitrate d'argent.

En France, presque autant qu'à Vienne, tout cela restait lettre morte et impratiqué, lorsque dans un cas de lupus végétant très étendu, de la partie inférieure du visage chez une jeune femme, Guibout employa le thermocautère pour la première fois — 1889. — Les masses principales de la néoplasie furent d'abord dé-

(1) NEUMANN. *Wochenbl. d. Ges. Aerz. in Wien*, 1861, *et Jahresb. d. allgm. Krankenh*, 1866, p. 174 ; HEBRA. *Traité des maladies de la peau*, Trad. française de Doyon, T. H. p. 483.

Digitized by Google

truites au thermocautère largement, dans une première séance par Péan, puis, dans l'espace de trois mois, Guibout pratiqua un grand nombre de cautérisations ponctuées, pour atteindre ce qui ne l'avait pas été dans la première opération. La pièce du Musée de Saint-Louis 681 représente l'état de la malade avant le traitement, et la pièce 877, la malade guérie.

La vue du résultat obtenu, une cicatrice remarquablement lisse et souple, suffit pour effacer tous les scrupules que la crainte des cicatrices vicieuses nous avait jusqu'alors inspirées, et nous saisîmes avec empressement l'occasion de substituer la méthode des cautérisations à celles des scarifications sanglantes, pour les raisons que nous avons surabondamment indiquées plus haut.

Instruments. — L'outillage nécessaire pour le traitement du lupus par la cautérisation interstitielle est des plus simples; le thermocautère ordinaire muni de pointes fines droites, ou mieux à courbure latérale à angle droit, ainsi que des couteaux de dimensions aussi petites que possible, et plats, peut remplir toutes les indications. L'industrie des fabricants, en divers pays, a déjà produit des réductions du thermocautère primitif, appropriées à ce traitement, et il serait facile de les améliorer encore. Le thermocautère est utile surtout dans la première période, dans les cas de lupus végétant, hypertrophique, *quand il y a beaucoup à détruire* et qu'on n'a pas à redouter le rayonnement thermique énergique; mais dans des conditions plus délicates, et entre des mains un peu inexpérimentées, sur le visage surtout, l'action ignée dépasse la mesure, ne prépare pas les cicatrices aussi belles qu'on peut en obtenir, et les produit même, parfois, bridées, ou décidément vicieuses.

C'est pour obvier à ces inconvénients, et simplifier l'outillage, que nous avons institué systématiquement l'emploi du galvanocautère, lequel peut être actionné par les sources d'électricité très diverses que l'on possède presque partout maintenant, et par des piles portatives très peu volumineuses. Un verrou interrupteur monté dans le manche de l'électrocautère, et un graduateur adapté à la pile, permettent de porter le cautère au degré thermique voulu, le plus habituellement au rouge sombre, pour éviter l'effusion du sang. Les cautères à employer sont ceux que nous avons fait construire dès l'origine par Mathieu — le dessin détaillé en a été donné par nous dans notre mémoire de 1883. On peut très aisément les varier et les fabriquer soi-même à sa guise, avec le fil de platine, ou en modifier la forme, la disposition, la direction, selon chaque cas particulier.

Le cautère essentiel est composé d'une anse de fil de platine formant aiguille, fine ou volumineuse selon l'épaisseur du fil et l'écartement des branches, et que l'on peut recourber dans toutes les directions pour la facilité de l'application. Le plus simple est de couder le fil à angle droit, à un centimètre de la pointe; mais on peut aussi se servir des aiguilles sans les courber; tous ces détails ont peu d'importance. Les aiguilles les plus fines servent à ponctionner les foyers tuberculeux miliaires, minuscules, ceux qu'on aperçoit en grand nombre au fond du réseau des cicatrices après les premières cautérisations; les aiguilles plus grosses remplissent tous les besoins de la cautérisation en profondeur ou en nappe, en se servant de la pointe ou du plein de l'aiguille. Il suffit d'écarter l'un de l'autre les fils de platine pour augmenter le diamètre du cautère; et en laissant l'aiguille un certain temps dans les tissus, ou en exécutant un mouvement de circumduction, on étend à volonté le rayon d'activité caustique. On le réduit, au contraire, au minimum, quand l'aiguille est de fil fin de platine, et ses deux branches accolées l'une à l'autre; on peut alors pénétrer à travers une cicatrice, côtoyer les tissus sains, sans faire de destruction alentour de l'aiguille, ce qu'il est impossible d'éviter au même degré avec le thermocautère, dont le rayonnement est beaucoup plus considérable.

Nous avons fait construire, en outre, des aiguilles à pointes associées en nombre à volonté pour faire la cautérisation interstitielle en plusieurs points à la fois, dans les masses tuberculeuses molles au début du traitement — aiguilles à pointes multiples; — et des scarificateurs à lames multiples (de 2 à 10) en forme de râteaux; enfin des boutons galvanocaustiques, et des couteaux aplatis pour satisfaire à toutes les indications de détail qui peuvent se présenter sur la peau, ou dans la cavité bucco-pharyngienne.

(*A suivre.*)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

CHIRURGIE

Luxation du pisiforme, par M. Barois. — Cette luxation est rare; on en compte à peine quelques cas. Celui que notre distingué confrère militaire fait connaître avait été confondu avec une fracture du cubitus droit. (*Arch. de méd. militaire*, janvier 1891, p. 55.)

Il y avait les symptômes suivants : tuméfaction du tiers inférieur de la face antérieure de l'avant-bras; sensation d'un corps dur et résistant au niveau du bord cubital et à 4 centimètres du pli articulaire; abduction légère de la main et pas de déformation du dos du poignet. A l'exploration, on constatait que l'os pisiforme était déplacé sous la gaine des fléchissures.

Il s'agissait donc d'une luxation simple du pisiforme avec déchirure des ligaments qui le relient à l'apophyse unciforme de l'os crochu et à l'extrémité supérieure du cinquième métacarpien. Cette lésion datait de plusieurs années, était consécutive à une chute sur le parquet et ne causait aucune gêne sérieuse. Elle ne nécessita donc aucun traitement. S. R.

A propos d'un nœud pour sutures, par M. Thivot. — Cette suture a été imaginée par M. Moy, médecin de l'armée néerlandaise, et se pratique ainsi (*Gazette médicale de Picardie*, nov. 1890, p. 165) :

On prend un fil de soie ou un crin de Florence avec une aiguille de Reverdin ou de Lamblin, ou toute autre présentant un chas ouvert du côté de la pointe. On traverse les deux bords de la plaie, on charge l'anse, on retire l'aiguille, qui laisse, par ce fait, deux chefs d'un côté et une anse de l'autre; on prend un de ces chefs, on le passe dans l'anse, puis on tire les deux bouts jusqu'à ce que l'attachement soit parfait.

Cette suture est facile sans addition d'autre nœud; l'humidité du fil, le suintement sanguin résultant de la piqûre, suffisent pour empêcher tout glissement.

Dans les plaies d'amputation de sein, dont l'affrontement est difficile à cause de l'exérèse considérable résultant de l'ablation

Digitized by Google

complète de la glande, ces sutures ont bien tenu et la réunion s'est faite d'une façon irréprochable.

Elle présente un autre avantage, c'est que les deux chefs s'appliquent sur la peau et ne viennent pas se prendre dans l'anse de la suture suivante. De plus, le nœud formé n'a pas de volume, ne comprime pas les lèvres de la plaie, et la pression que le pansement exerce n'est pas douloureuse. Enfin, le crin de Florence étant livré par le commerce plié dans son milieu, c'est cette anse toute formée qu'on présente naturellement au chas de l'aiguille, alors qu'il faudrait pour le nœud ordinaire, avec l'aiguille Reverdin ou autres, dévider l'un des chefs dans toute sa longueur. S. R.

MÉDECINE

Diagnostic des maladies du sang, par M. von Jacksch. — Ce sont les maladies anémiques que l'auteur considère en déterminant les altérations du liquide sanguin au moyen des méthodes de Malassez, de Thoma-Zeiss, ou de l'hémato-spectroscopie par les procédés de Hénocque ou de Heichls (*Prager med. Wochenschr.*, 1890, n° 31).

Existe-t-il de l'*anémie*? On trouve une diminution des globules rouges ou de l'hémoglobine (oligochromœmie); ces deux conditions pathologiques coexistent le plus souvent, qu'il s'agisse d'anémie essentielle ou d'une anémie consécutive à des maladies aiguës ou chroniques.

Dans la *chlorose*, diminution de l'hémoglobine; pas de changement numérique des globules. La *leucocythose* peut être physiologique dans le cours de la digestion, ou pathologique, par exemple dans la pneumonie aiguë, surtout dans celle des enfants. La *pseudo-leucémie* s'accompagne toujours, dans ces périodes avancées, d'oligochromœmie, d'oligocythémie, et, à un faible degré, de leucocythose.

La *leucémie* se reconnaît moins facilement. On doit colorer les globules par l'éosine; mais sa caractéristique est une augmentation considérable des leucocytes, une diminution des hématies et de l'hémoglobine.

Il existe une forme de leucocythose infantile (anémie, pseudo-leucémie des enfants) dans laquelle la diminution des corpuscules rouges et de l'hémoglobine est considérable. Il y a en même temps splénomégalie, hépatomégalie et augmentation du volume des glandes lymphatiques. Cette forme de leucocythose diffère de la leucémie par les altérations du foie et de la rate, et de la leucocytose du rachitisme par le défaut de déformations squelettiques.

On voit par ces faits, l'utilité de l'examen spectroscopique du sang comme complément de son examen histologique, quand on veut établir solidement le diagnostic de ces affections.

S. R.

THÉRAPEUTIQUE

Propriétés de la podophyllotoxine cristallisée, par M. Neuberger. — Ce principe a été extrait de la résine du podophyllum, par Podwyssotki : il est plus soluble dans l'alcool que dans l'eau. (*Arch. f. Exp. Path.* 1890, 28).

Emulsionné dans une solution gommeuse et injecté sous la peau des animaux, il provoque d'abord une simple irritation locale, puis après deux ou quatre heures, des vomissements et de la diarrhée. En même temps la température s'abaisse. On constate par la vivisection que l'estomac est légèrement hypérémié et que la muqueuse du duodenum vers l'embouchure du canal hépatique est rouge et congestionnée. L'intestin grêle et le gros intestin sont couverts par places d'exsudats pseudo-membraneux; le foie est hypérémié et la vésicule du fiel distendue. Il existe de plus de la néphrite.

L'auteur admet que la podophyllotoxine est éliminée par le foie et qu'il faut attribuer à ce phénomène l'irritation du tube intestinal et ses effets purgatifs. Ici donc la physiologie confirme les conclusions antérieures de l'observation clinique.

S. R.

Un traitement abortif de l'érysipèle, par M. N. Amici. — Si ce traitement, comme l'auteur le qualifie, n'est point abortif, on conviendra qu'il est antiseptique. M. Amici espère détruire par son emploi les streptocoques et le prescrit ainsi. (*Gazetta degli Ospidali*, 22 oct. 1890.).

Il consiste à formuler un mélange à parties égales de glycérine et d'acide phénique: la glycérine est un vehicule préférable à l'alcool parce qu'elle irrite moins la peau. On badigeonne avec cette préparation la surface érysipélateuse toutes les deux heures s'il s'agit d'adultes dont la peau est résistante; et plus rarement s'il s'agit d'enfants aux téguments délicats.

Dans les érysipèles phlegmoneux, on emploie de plus les injections hypodermiques d'une solution pheniquée par la méthode de Hueter. Il faut alors surveiller attentivement les urines. S'il y a menace d'empoisonnement phéniqué, Amici recommande les injections avec le sublimé.

Sublimé..... 0,50 centigrammes
Glycérine..... 50 grammes.

Dans ce cas on doit surveiller l'état de la bouche et prévenir les gingivites. S. R.

Le principe actif de l'huile de ricin, par M. Hans Meyer. — Cet observateur a isolé l'acide ricinoléique et par sa combinaison avec la glycérine on a obtenu un ricinoléate de glycérine. (*Archiv. f. Exper. Path*: 1890, 28.).

Ce composé a été mis à l'essai sur les animaux et sur l'homme et a produit les effets purgatifs de l'huile de ricin. L'acide récinoléique est rapidement absorbé par la muqueuse intestinale, agit rapidement et n'a point d'effets cumulatifs. Un dérivé de ce corps, l'acide ricinelaidique ne possède aucune de ces propriétés. C'est donc l'acide ricinoléique qui parait être le principe actif de l'huile de ricin. S. R.

REVUE DES LIVRES

Les plantes médicinales indigènes et exotiques, par MM. les Drs Dujardin-Beaumetz et Egasse. (Paris 1890, un vol. in-4°, Doin.)

Ce volume admirablement édité, qui renferme 1034 figures dans le texte, et 40 planches chromo-lithographiées hors texte, passe en revue et étudie les plantes si nombreuses que la médecine utilise pour le traitement des maladies. Il ne s'agit pas ici, d'un traité complet sur les plantes médicinales, et les auteurs se sont contentés, avec juste raison, d'établir un catalogue raisonné dont ils ont soigneusement éliminé toutes les substances douteuses en insistant particulièrement sur les plus actives. Ce volume se termine par une double table, l'une rappelant les propriétés thérapeutiques des plantes, l'autre indiquant leurs noms scientifiques et vulgaires, ce qui rend, avec l'adoption de l'ordre alphabétique, les recherches plus faciles. Cet ouvrage, dont la plus grande partie revient à M. Egasse, est écrit avec clarté et précision, et sera consulté avec profit par les praticiens. Nous lui souhaitons le même succès qu'au *Traité pratique des plantes médicinales* de Cazin dont la dernière édition a paru il y a quatre ans.

D. R.

Dyspepsie et catarrhe gastrique (thérapeutique des voies digestives) par M. le Dr Coutaret (de Roanne), un vol. in-8°, G. Masson. Paris 1890.

Ce livre est certainement très consciencieusement écrit et étudié. Mais, nous ne savons pas s'il aura « la bonne fortune de répandre quelque lumière sur le chaos des dyspepsies » comme le dit l'auteur dans sa préface. Il faut louer cependant celui-ci de sa grande érudition et de sa connaissance complète de tous les travaux sur la question. Après avoir étudié la physiologie de la *digestion stomacale*, *la digestibilité des aliments*.

Digitized by Google

les symptômes de la dyspepsie, le catarrhe gastrique, la diathèse qu'il appelle *rhumatoïdale*, il passe en revue la thérapeutique de ces différents états morbides, et cette partie de l'ouvrage n'est pas la moins importante. Il faut donc louer M. Coutaret de son courageux effort.

D. R.

Du sang et de ses altérations anatomiques, par M. le Dr Hayem (Paris, 1890, G. Masson).

« L'avenir appartient à l'hématologie », dit M. Hayem au commencement de la préface de ce grand et important ouvrage. On peut dire qu'il a réussi à le prouver aux plus sceptiques dans ce volume rempli de faits nouveaux très importants et très intéressants. Du reste, l'énumération suivante des différents chapitres qui composent cet ouvrage peut en montrer l'importance : *Technique de l'examen du sang.* — *Anatomie, physiologie, anatomie pathologique, développement, rénovation du sang.* — *Pathologie du sang (chlorose, anémie, toxémies, maladies hémorrhagipares, maladies aiguës et chroniques).* La partie capitale de cet ouvrage est relative à l'étude de la chlorose et des anémies, qui comprend plus de 200 pages. Il s'agit donc d'une œuvre très importante au double point de vue théorique et pratique, d'une œuvre qui fait époque dans la science, et l'on peut assurer à l'auteur que la lecture attachante de ce livre a inspiré aux plus récalcitrants « le goût des recherches d'hématologie clinique ». R. D.

Leçons de thérapeutique *(Les médications et les grandes médications)*, par M. le Dr Hayem, 2 vol. in-8°. (Paris, 1887-90, G. Masson).

Le premier volume de cet ouvrage qui traite des médications *désinfectante, sthénique, antipyrétique, antiphlogistique* a paru en 1887 et a déjà été analysé. Dans le second volume, paru en 1890, l'auteur passe en revue les médications *antihydropique, hémostatique, reconstituante*, les médications de l'*anémie*, du *diabète sucré* et de la *douleur*. Ces leçons seront consultées et lues avec le plus grand intérêt, et elles font regretter une fois de plus, avec l'auteur, que la thérapeutique ne soit pas enseignée d'une façon officielle, « à l'hôpital, au lit des malades et à la consultation ». Car, la thérapeutique simplement théorique a fait son temps, et c'est une thérapeutique *pratique* que désirent les praticiens. A ce point de vue, M. Hayem a fait tout ce qu'il était en son pouvoir de faire dans une chaire de la Faculté ; c'est pourquoi on ne saurait trop l'en féliciter et l'en remercier. D. R.

Traité théorique et pratique de la fièvre jaune, par M. le Dr Béranger-Féraud. — (O. Doin, Paris, 1890).

Ce livre résume d'une manière satisfaisante nos connaissances sur la fièvre jaune. L'auteur débute par un historique fort complet de la maladie. Il a consacré un long chapitre à la pathogénie. Pas plus que ses devanciers, il n'a pu apporter de renseignements bien précis sur ce point de la pathologie exotique qui reste aussi obscur que par le passé. En effet, les théories microbiennes sur lesquelles on comptait pour apporter un peu de lumière n'ont pas tenu ce que leurs auteurs promettaient.

Quant au traitement, il reste toujours malheureusement aussi empirique et aussi peu efficace, en dépit des affirmations au moins extraordinaires de M. P. Gibier. En 1886, nous disions : « Dans certaines maladies, l'efficacité de la thérapeutique est évidente, dans d'autres on peut discuter son utilité ; dans la fièvre jaune, on ne peut douter de son impuissance absolue... Et, avec tout cela, si le malade ne succombe pas, c'est bien le cas de répéter avec A. Paré : « Je le pansay, Dieu le garit. » M. Berenger-Féraud dit aujourd'hui : « L'intervention du médecin entre si peu dans le résultat le plus souvent que c'est à se demander vraiment si la thérapeutique du typhus ameril ne consiste pas uniquement dans une sage médication des symptômes. Le célèbre mot d'A. Paré, je le pansay, Dieu le garit, est bien de mise ici. Je suis heureux de voir les idées que j'avais émises défendues par un confrère aussi expérimenté que M. Béranger-Féraud.

En résumé, le livre de ce médecin rendra service aux confrères appelés à exercer dans les pays où règne la fièvre jaune. Il est d'une lecture facile et écrit dans un excellent esprit.

F. Roux

Un mot d'historique sur l'ipéca, par M. le Dr Humbert Mollière (Lyon. Ill. Georg).

Cette brochure est d'intérêt historique. Il est, en effet, toujours intéressant de savoir comment un médicament a obtenu droit de cité dans la matière médicale. Il en a été ainsi de l'emploi de l'ipécacuanha contre la dysenterie, et M. Humbert Mollière le prouve par l'épisode de la maladie et de la guérison du maréchal de Villars par cette drogue que ses médecins refusaient d'employer.

Il termine par cette judicieuse réflexion : ce récit « dépeint » les mœurs du temps qui ne sont pas sans ressembler quelque » peu aux nôtres. Comme toujours, le patient s'insurge contre » ses médecins et ses remèdes. » — Cette fois « il eut raison ». Ce qui prouve, ajouterons-nous, que de tout temps il y a eu de grands lanceurs de médicaments et que si la réclame médicale est fort bruyante en ce moment, elle existait déjà autrefois. On ne saurait trop volontiers conseiller la lecture de la brochure de M. Humbert Mollière. Ch. Eloy.

Revue critique des Congrès d'hygiène et d'assistance publique en 1889, par M. le Dr Drouineau (Bordeaux, 1890).

Cette brochure reproduit les articles que notre estimé confrère a publiés dans la Revue sanitaire de la province. On y trouve, écrit avec une indépendance de plume des plus honorables, le résumé critique des travaux du Congrès d'hygiène et du Congrès de l'Assistance publique. C'est donc une lecture qui ne manque point d'attrait et qui, à une année de distance, nous fait revenir en 1889, à l'Exposition universelle et à des réunions qui avaient sans doute quelque éclat, sans toutefois avoir produit des résultats scientifiques manifestes. C. E.

OBSTÉTRIQUE D'URGENCE

De l'extraction de la tête dernière.

Avec M. le Dr Auvard, nous étudierons successivement les cas où la tête du fœtus venant dernière est arrêtée : 1° sur le plancher périnéal ; 2° au niveau de l'orifice utérin ; 3° au détroit supérieur rétréci. Nous examinerons, dans un quatrième chapitre, les faits où la tête reste dans l'utérus après avoir été séparée du tronc (exemple, embryotomie rachidienne).

1. Extraction de la tête dernière arrêtée sur le plancher périnéal. — *Manœuvres manuelles.* La femme est en travers du lit, on termine une version podalique ou une extraction de siège. Le tronc et les bras une fois sortis des voies génitales, il faut toucher rapidement pour s'assurer :

1° Du niveau où se trouve la tête par rapport au plancher périnéal.

2° De la situation exacte de l'occiput et du menton. Il ne faut pas, en effet, s'en rapporter exclusivement à la direction du dos visible au dehors, pour en déduire la situation de l'occiput ; il peut arriver, en effet, que le cou soit tordu presque à 180 degrés et que le menton

Digitized by Google

soit dirigé dans le même sens que le dos; sans aller jusqu'à ce point extrême, la tête a pu exécuter un léger mouvement de rotation qui porte le menton en arrière, par exemple, alors qu'on le croyait encore placé à une extrémité du diamètre transverse de l'excavation. Par le toucher, on reconnaît l'écaille de l'occipital à une surface ronde, dure, régulière; le menton est caractérisé, au contraire, par un rebord osseux, en fer à cheval, circonscrivant un triangle de tissus mous (région sous-mentale).

La situation du menton une fois reconnue, on se met en devoir de pratiquer la manœuvre de Mauriceau.

Si le menton regarde à droite de la femme, introduire la main droite dans les parties génitales; si le menton est à gauche, introduire la main gauche; placer l'index et le médius de cette main dans la bouche du fœtus; le tronc de l'enfant est mis à cheval sur l'avant-bras correspondant; l'autre main restée libre, s'applique comme une fourche sur la partie supérieure du tronc fœtal; l'index sur une fosse sus-épineuse, le medius et les autres doigts sur l'autre fosse sus-épineuse. Il ne faut pas appuyer avec l'extrémité de ces doigts sur les clavicules ou sur les plexus brachiaux; on évitera ainsi des fractures et des paralysies (Budin).

Voilà les mains placés; il va maintenant falloir extraire.

Tirer sans secousse sur le menton et sur les épaules; ne pas faire tourner trop tôt le menton en arrière; abaisser au préalable la tête jusqu'à ce qu'elle soit en contact immédiat avec le plancher périnéal. Alors, mais seulement alors, amener le menton en arrière, puis extraire lentement, en faisant sortir le menton, puis la bouche, le nez, le front, etc., pendant que le point sous-occipital reste immobilisé sous la symphyse pubienne.

Pendant cette extraction, se tenir prêt à empêcher la tête de sortir brusquement sous l'influence d'une contraction utérine, trop énergique, afin d'eviter la déchirure du périnée.

Tel est le cas classique. Mais il peut se faire que l'occiput, au lieu d'être dirigé plus ou moins en avant, regarde directement la concavité du sacrum; la tête dernière est alors en occipito-sacrée. Deux cas peuvent se rencontrer.

a) Ou la tête en OS est *fléchie*, et on arrive aisément sur la bouche qui est dans le voisinage de la symphyse; faire alors la manœuvre de Mauriceau, mais en dégageant la tête, non plus autour de la symphyse, mais autour de la commissure postérieure de la vulve. Aller doucement pour éviter la déchirure du périnée (manœuvre dos sur dos de Pajot, le dos du fœtus se rapprochant du dos de la mère).

b) Ou la tête en OS est *défléchie*; le menton semble alors accroché au-dessus de la symphyse : la bouche est *inaccessible*. Il ne faut pas perdre de temps à chercher, quand même, à y introduire les doigts. Il faut renverser doucement le fœtus, ventre sur ventre; le dégagement de la tête se fait autour de la symphyse contre laquelle s'applique la région sous-mentale; soutenir le périnée pendant que l'occiput se dégage.

Il peut arriver que ces manœuvres manuelles soient insuffisantes pour extraire la tête. La vie du fœtus peut encore être sauvée par d'autres moyens. C'est ce qui sera démontré prochainement. DEMELIN.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

ANTISEPSIE DE LA BOUCHE

Voici, d'après Th. David (1), quelques formules de liquides antiseptiques pour le traitement prophylactique et curatif des affections buccales et dentaires :

A. — Eaux dentifrices :

1° Alcool de menthe . . . . . 160 gr.
Acide phénique pur cristallisé . . . . 20 gr.
Quelques gouttes dans un peu d'eau tiède pour brosser les dents et rincer la bouche matin et soir (Monin).

Voici deux autres formules pour le même usage :

2° Eau distillée . . . . . 500 grammes.
Thymol . . . . . 0.50 centigr.
Borax . . . . . 1 gramme.
m. s. a. (Magitot).

3° Eau distillée de fenouil . . . . . 100 grammes.
Teinture de gaiac. . . . . 15 —
— de myrrhe . . . . . } àà 4 —
Chlorate de potasse . . . . . }
m. s. a. (Combe).

B. — Gargarismes contre la *fétidité de l'haleine* :

1° Eau . . . . . 1.000 grammes.
Alcool . . . . . 2 —
Borate de soude. . . . . 1 —
Acide thymique . . . . . 0.50 centigr.
(Formule de Quincerot).

2° Décoction de fleurs de camomille . . . . . 300 grammes.
Glycérine anglaise . . . . . 80 —
Eau chlorée . . . . . 15 —
(Formule de Monin).

3° Eau distill. de menthe poivrée 500 —
Hydrolat de laurier cerise . . 60 —
Borate de soude . . . . . 20 —
Essence de menthe . . . . . XX gouttes.
(Pour gargarismes et rinçages buccaux (Monin).

4° Infusion de sauge . . . . . 250 grammes.
Glycérine pure . . . . . 30 —
Teinture de myrrhe. . . . . } àà 15 —
— lavande . . . . }
Liqueur de Labarraque . . . 30 —
Pour lavages de la bouche (Monin).

C. — Formules de topiques odontalgiques :

1° Hydrate de chloral . . . . . 4 grammes.
Eau . . . . . 15 —
Mélangez et ajoutez :
Chloroforme . . . . .)
Ether . . . . . } àà XX gouttes.
Alcool . . . . .)
Teinture d'aconit . . . . . XV gouttes.
Topique pour les cavités de carie douloureuse (Andrieu).

2° Camphre. . . . . 8 grammes.
Essence de térébenthine. . . . 30 —
Topique sur du coton dans les caries dentaires. (Mixture odontalgique anglaise).

D. — Formule d'élixir dentifrice :

Teinture de vanille . . . . . } àà 15 grammes.
— de pyrèthre. . . . . }
Alcoolat de romarin . . . . . 30 —
— de roses . . . . . 20 —
— de menthe . . . . . 10 —
Teinture de cochenille . . . . q. s.

(1) Th. David. *Les microbes dans la bouche*. Paris 1890.

Digitized by Google

M. s. a. Eau dentifrice d'un goût et d'un parfum très agréables (Combe).

E. — Collutoire au chloral contre la gingivite des femmes enceintes :

Hydrate de chloral.	10 grammes.
Alcoolat de cochléaria	20 —

R. D.

CORRESPONDANCE DES DÉPARTEMENTS

Suggestion et Hypnotisme

Nancy, 16 janvier 1891.

Dans la bienveillante analyse que M. le Dr Charpentier a bien voulu consacrer à mon livre (1) *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie*, je suis obligé de relever quelques assertions qui ne rendent pas ma pensée.

« Chez les hystériques, me fait dire notre confrère, beaucoup de symptômes dits caractéristiques, l'hémianesthésie, les troubles de sensibilité mis en rapport avec les filets nerveux, la boule hystérique, la sensibilité ovarienne, les zones hystérogènes, ne seraient que des phénomènes de suggestion. »

Je n'ai pas dit que l'hémianesthésie, les troubles de sensibilité sont des phénomènes suggérés ; ils existent *spontanément* (voir p. 242 et ailleurs), mais ils se comportent souvent comme des phénomènes *psychiques* qui peuvent être *enlevés* par suggestion; je ne parle pas de la boule hystérique, qui existe en dehors de toute suggestion, comme tous les autres phénomènes; j'ai dit que l'ovarialgie peut exister spontanément, mais que la localisation *précise* de la douleur abdominale hystérogène au niveau de l'ovaire est souvent créée par suggestion médicale; et que des zones douloureuses d'hystérogène peuvent, chez beaucoup d'hystériques, être créées à volonté sur n'importe quelle région du corps, rien que par le fait de les chercher.

Dans mon chapitre des suggestions criminelles, je ne dis pas, comme l'auteur me le fait dire, que Fenayrou, Chambige et Gabrielle Bompard n'ont pas de responsabilité morale; je cherche à établir le caractère psychologique de ces trois accusés, à étudier l'évolution morale de leurs crimes, sans me prononcer sur la culpabilité. J'aboutis à la conclusion générale qui concerne entre autres la première et la dernière de ces criminelles, que *nous ne pouvons pas coter le degré de responsabilité* de beaucoup d'accusés, ne connaissant ni la conformation native du cerveau, ni la part qui revient à l'hérédité, à l'innéité, aux suggestions de l'éducation, du milieu, des événements, etc.

Je suis d'accord avec mon confrère pour ne pas interner dans les asiles tous les criminels, irresponsables ou à responsabilité douteuse. Comme je l'ai écrit ailleurs, la société a le droit et le devoir de se défendre et de faire de la préservation sociale; le jury doit pouvoir réprimer les actes criminels, alors même que la responsabilité morale est pour lui obscure. Je propose de remplacer la formule : *L'accusé est-il coupable?* par celle-ci : *L'acte tel qu'il a été commis tombe-t-il sous l'application de la loi?*

Ainsi le jury pourra réprimer les crimes, soit parce qu'il croit à la culpabilité réelle, soit parce que le criminel, sans que sa responsabilité soit pour lui avérée, est dangereux, soit parce qu'il juge que l'exemple est salutaire et qu'il y va d'un intérêt social supérieur, pour prévenir de nouveaux crimes par la crainte du châtiment. Je ne crois pas saper ainsi les bases de la société, comme on me l'a reproché.

On a tellement travesti mes idées dans ces derniers temp que l'on comprendra combien j'ai à cœur de rectifier ces erreurs.

Dr Bernheim,
Professeur de la Faculté de médecine de Nancy.

(1) *Revue gén. de Clin. et de Thérap.*, n° 51, décembre 1890.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES ÉTRANGÈRES

Allemagne. — **Société de médecine interne de Berlin** (5 janvier 1891). I. *Traitement chirurgical de la périty phlite et du phlegmon iliaque.* — **Société de médecine berlinoise** (7 janvier 1891). II. *Des lésions anatomiques consécutives à l'emploi du remède de Koch.* — **Société des médecins finlandais** (4 octobre 1890). III. *Des névrites consécutives à l'influenza.*

I. **Traitement chirurgical de la périty phlite et du phlegmon iliaque.** — Quelles sont les périty phlites qui nécessitent une intervention opératoire ? M. Sornnenburg répond : les périty phlites donnant lieu à des foyers purulents.

La majorité des périty phlites ont la constipation pour origine. Chez un individu bien portant, la tumeur iliaque qu'elles produisent est séro-fibrineuse et spontanément résorbable. Donc, point d'opération.

Chez les tuberculeux ou les individus atteints d'affections aiguës ou chroniques, la perforation intestinale est fréquente ; il y a du pus : il faut opérer.

Le diagnostic différentiel de ces tumeurs est motivé par leur volume. Les foyers séreux ou séro-fibrineux sont mal limités, volumineux, lancinants ; les foyers purulents sont plutôt petits, circonscrits et situés au-dessous du ligament de Poupart. On pratiquera donc leur ponction exploratrice ; on cherchera la fluctuation et on opèrera.

M. Sonnenburg opère en deux temps : 1° il incise la paroi abdominale jusqu'au péritoine ; 2° après cinq à sept jours, et une ponction exploratrice, il incise vers la crête iliaque, ponctionne plusieurs fois, pendant plusieurs jours, et provoque ainsi des adhérences péritonéales. Celles-ci étant établies, il ouvre l'abcès avec le cautère Paquelin, draine sa cavité, pratique des lavages et obtient la guérison dans l'espace d'un mois à un mois et demi. Les récidives manquent, paraît-il ; ce qui serait un avantage d'autant plus grand, qu'elles sont fréquentes après l'évacuation du pus par perforation spontanée.

En résumé, l'opération doit être la règle dans la périty phlite purulente. Pour prévenir la septicémie, il y a urgence à la pratiquer de bonne heure. Enfin, une intervention en deux temps permet d'opérer en sécurité, et sans provocation de péritonite généralisée.

Ces indications opératoires sont contestables, en partie, d'après MM. Frankel, Guttmann et Leyden.

Pour le premier de ces observateurs, la purulence, après la perforation de l'appendice vermiculaire, est loin d'être la règle. Il y a bien de la péritonite, mais celle-ci est justiciable de l'expectation et des opiacées.

Par contre, dans la péritonite diffuse, l'intervention opératoire est urgente.

M. Guttmann partage aussi cette opinion et déclare que, sur cent malades atteints de périty phlite, quatre-vingt-quinze guérissent. Parmi eux, un certain nombre, il faut bien le supposer, ont été atteints de perforation.

C'est encore l'opinion de M. Leyden dont la pratique consiste, avant d'opérer, à porter le diagnostic phlegmon iliaque seulement quand il existe un foyer distinct de fluctuation. Reste le danger du coprolithe ? Il n'est point imaginaire, sans doute, mais il ne faut cependant l'exagérer, car on n'a constaté ces coprolithes que dans un cas sur trois, après l'opération.

Digitized by Google

Bref, on peut conclure que dans ce débat entre médecins et chirurgiens sur l'opportunité de l'intervention opératoire, la parole n'est pas restée à ces derniers et que le traitement médical de la périityphlite conserve encore quelques droits sur le traitement chirurgical, et parfois même une supériorité.

II. **Des lésions anatomiques consécutives à l'emploi du remède de Koch.** — Les examens anatomo-pathologiques de M. Virchow ont porté sur les organes de 21 malades, décédés pendant le traitement de Koch, à savoir : 16 phtisiques, 1 cas de tuberculose ostéo articulaire, un cas de tuberculose du sommet des poumons dans le cours d'un cancer du pancréas, une pleurésie purulente chez une accouchée, une méningite tuberculeuse et un cas de lésions pleuro-pulmonaires tuberculeuses chez un individu atteint d'anémie grave.

Les lésions observées peuvent se classer ainsi :

1° *Action irritante* : Rougeur, tuméfaction si les tissus morbides sont superficiels et accessibles à la vue; hypérémie de la pie-mère et de la substance cérébrale (dans le cas de méningite), pas de mortification des tubercules ; — rougeur des granulations des anciennes cavernes (phtisie pulmonaire), infiltrations hémorragiques de leurs parois, hémorragies dans les cavernes;

2° *Action phlogogène* : Elle se traduit par la tuméfaction des ganglions bronchiques et mésentériques, par le gonflement du bord des ulcérations, par des phlegmons rappelant l'œdème phlegmoneux (abcès rétro-pharyngiens, œdème érysipilateux de la glotte) ; ulcérations du tissu pulmonaire, pleurésies graves, simples, tuberculeuses ou hemorragiques; infiltration caséeuse du poumon (chez les phtisiques).

M. Virchow insiste sur le caractère spécial des lésions pneumoniques observées. Elles diffèrent de celles des pneumonies caséeuse, fibrineuse ou catarrhale classique des phtisiques. « La pneumonie de l'injection » est plutôt phlegmoneuse et s'accompagne d'excavations que, par la rapidité de leur production, on ne peut mieux comparer qu'aux excavations de la broncho-pneumonie gangréneuses.

3° *Action tuberculogène* : Production de granulations sub-miliaires « fraiches dans des conditions telles qu'il est improbable de les considérer comme d'origine antérieure » à l'injection. M. Virchow les a notées sur les méninges, la plèvre, le péricarde et l'intestin, et suppose, à défaut d'autre explication, « la mobilisation » des bacilles et leur dissémination hors des foyers originels, par voie d'infection.

Bref, sans insister plus longtemps, cette communication de M. Virchow étant d'ordre anatomique, on voit que ces recherches confirment les appréhensions si légitimes des cliniciens qui refusaient, dès le premiers jour, d'employer le remède secret dont les effets étaient si puissants, mais si mal connus et si redoutables. C'est sur le terrain de l'anatomie pathologique, la condamnation de la méthode de Koch.

III. **Des névrites consécutives à l'influenza.** — Parmi les troubles nerveux consécutifs à l'influenza, ceux-ci sont loin d'être les plus fréquents. M. Homen était donc fondé à soumettre l'observation suivante à ses collègues de la Société des médecins finlandais.

Il s'agissait d'un homme de 29 ans, qui, pendant la convalescence de l'influenza, éprouva de la faiblesse et de l'engourdissement du bras droit, d'abord, puis de la jambe droite après. Les muscles de ces membres s'atrophièrent.

Enfin, on observa les mêmes phénomènes dans les membres du côté gauche et des douleurs aux pieds. La paralysie augmentant, il entra à l'hôpital. A ce moment la paralysie des extrémités était complète. La puissance musculaire de la main gauche était au dynamomètre de 3, celle de la droite de 4 kilogrammes ; la marche très incertaine et titubante. Les muscles des extrémités et ceux de la partie supérieure du tronc, surtout ceux de l'omoplate étaient flasques, atrophiés et présentaient en partie la réaction de dégénération. Quelques nerfs étaient douloureux à la pression ; les parties athrophiées présentaient une diminution de la sensibilité. Par contre, ni troubles vésicaux, ni troubles de défécation.

Au cours d'un traitement par le massage, l'électricité et les toniques, l'état du malade s'améliora.

Il faut admettre une nevrite multiple dont le développement a été relativement lent; la marche même de la maladie, la grande étendue et la nature de l'atrophie, les douleurs causées à certains nerfs par la pression, les altérations de la sensibilité et l'absence des altérations vésicales et des troubles de la défécation, tous ces faits parlent en faveur de ce diagnostic.

Un autre malade, à la suite de l'influenza, se réveille avec une paralysie et des douleurs du bras gauche. Tous les muscles étaient flasques, atrophiés, présentaient la réaction de dégénérescence. Les muscles et les nerfs du membre étaient douloureux à la pression ; la sensibilité cutanée du bras était diminuée. Il s'agissait donc encore d'une névrite.

Ce sont là des faits qui méritent l'attention et qui confirment par leur étiologie l'opinion d'après laquelle l'influenza est une maladie infectieuse et peut provoquer sur le système nerveux des accidents nerveux comparables à ceux que l'on constate dans le cours ou la convalescence des autres affections de nature semblable (fièvres typhoides, diphtérie).

K. D.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 janvier 1891.

Présidence de M le Dr Horteloup

Lymphadénomes et tubercules du testicule. — Extraction. — M. Terrillon rappelle que le lymphadenome du testicule est une tumeur maligne, d'une gravité exceptionnelle, envahissant souvent l'autre glande seminale restée saine, s'accompagnant au loin des tumeurs secondaires dans la peau ou les ganglions lymphatiques et déterminant une mort rapide, lorsqu'il est abandonné à son évolution naturelle, Il serait intéressant de savoir ce que deviennent les malades auxquels on a enlevé une de ces tumeurs à une époque voisine de ses débuts. Dans ce but, M. Terrillon rapporte les deux observations suivantes.

La première a trait à un homme de 45 ans, vigoureux, exempt de toute diathèse, chez lequel le testicule gauche présentait dans sa moitié inférieure une petite tumeur dure, insolite, ayant débuté depuis fort peu de temps. Le reste de la glande, l'épidydyme, le cordon étaient sains, de même que les enveloppes et les ganglions lymphatiques. Un traitement spécifique fut institué, quoiqu'il n'existât ni syphilis, ni tuberculose ; il resta sans aucune influence sur la tumeur. Celle ci au contraire avait bientôt envahi le tiers du testicule. Le 4 juin 1887, M. Terrillon pratiqua la castration du côté malade. L'examen histologique de la tumeur, pratiqué par M. Brault, démontra qu'il s'agissait d'un lymphadénome à petites cellules. La guérison s'est maintenue depuis trois ans et demi, sans récidive.

Dans la seconde observation, semblable à la précédente, il s'agit d'un homme de 32 ans, chez lequel la castration fut faite le 28 février 1888, deux mois après le début d'une petite tumeur du testicule, présentant au microscope les caractères d'un lymphadenome. La guérison s'est également maintenue depuis cette époque.

M. Terrillon rapporte ensuite deux cas de castration pour tubercules du testicule, avec guérison prolongée. En 1882 il

Digitized by Google

opère un homme de 35 ans atteint de tubercules douloureux du testicule, avec fistules du scrotum. Il n'existait pas de tubercules dans la prostate ni dans aucun autre organe, le cordon était sain. Ce malade n'a pas eu de récidive.

Un second malade, opéré depuis 18 mois et resté indemne de toute autre manifestation bacillaire, était atteint d'une tuberculose du testicule à marche aiguë, lorsque la castration fut pratiquée. M. Terrillon présente ces observations comme des cas de guérisons prolongées, peut-être définitives, pour des tumeurs réputées graves des organes génitaux.

M. Reclus. — La tuberculose du testicule présente une bénignité relative, connue depuis longtemps. La guérison spontanée n'est pas rare dans cette affection; lorsqu'elle tarde à survenir, la castration est indiquée et donne de bons résultats. Déjà en 1876, il avait décrit la tuberculose aiguë du testicule.

M. Bouilly a opéré en 1885 un homme de 28 ans, atteint d'une tumeur du testicule gauche, ayant les apparences d'un sarcome à marche rapide. Le traitement antisyphilitique avait été essayé sans résultats. Des examens histologiques démontrèrent qu'il s'agissait d'un lymphadenome avec reticulum et cellules caractéristiques. La guérison a persisté, cet homme a pu se marier et devenir père de famille.

M. Verneuil. Les fistules tuberculeuses guéries laissent sur les bourses des stigmates qui permettent d'en reconnaître facilement l'origine. Maintes fois il a vu dans les hôpitaux de ces malades guéris spontanément. La castration n'est donc pas toujours nécessaire. Très souvent il traite et guérit les tubercules du testicule par des cautérisations interstitielles au thermocautère; il laisse ainsi à ses malades l'illusion d'un testicule moral.

Traitement de la constriction des mâchoires d'origine cicatricielle. — M. Le Dentu. Les procédés chirurgicaux de traitement de la constriction absolue des mâchoires ne sont pas très nombreux; le plus usité est celui d'Esmarch; il consiste à réséquer le maxillaire inférieur en avant du masséter, du côté qui ne peut s'abaisser; une pseudarthrose s'établit et le maxillaire peut s'écarter. On a ainsi un double centre de mouvement en des points différents, ce qui est gênant pour les opérés. Il a imaginé d'imiter la conduite des oculistes dans le traitement du strabisme par la désinsertion et la greffe musculaire, en agissant sur le masséter. Voici son observation : une jeune femme de 23 ans, après une périostite probablement consécutive à la sortie de la dent de sagesse, est atteinte d'une rétraction absolue et invincible du masséter gauche. Vingt-six mois après le début de ces accidents, elle ne pouvait encore écarter les mâchoires, même de quelques millimètres; l'infirmité était donc devenue définitive. M. Le Dentu fit à l'angle gauche de la mâchoire une incision mettant à découvert les insertions inférieures du masséter, qu'il décolla sur toute la face externe de l'os jusqu'à l'apophyse coronoïde; puis, contournant avec une rugine le bord antérieur de la branche montante du maxillaire, il libéra sa face interne de ses adhérences avec le tissu conjonctif et la muqueuse. Il lui fut alors possible d'écarter les mâchoires de quatre centimètres. Pour maintenir cet écartement, il mit en place un bâillon de Mathieu, que la malade conserva pendant douze jours. Au bout de ce temps, le masséter avait contracté de nouvelles adhérences, et la desinsertion était ainsi maintenue. Le bâillon a été remplacé par des coins de bois que la malade se met de temps en temps dans la bouche; elle écarte facilement les mâchoires de deux centimètres l'une de l'autre.

Opérations ostéoplastiques du pied. — M. Berger rend compte des trois mémoires suivants : 1° Osteo-arthrite tuberculeuse du pied, opération d'Weladimiroff-Mikulicz, guérison, par M. P. Michaux; — 2° écrasement du calcaneum, phlegmon diffus du pied, opération de Wladimiroff-Mikulicz, guérison, par M. Gellé (de Provins); — 3° tuberculose des os du tarse, résection partielle, guérison, par M. Phocas (de Lille).

D. H. Marcigüey.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 janvier 1891

Présidence de M. le Dr Labbé.

Aucune communication n'étant à l'ordre du jour, la Société se réunit en comité secret pour discuter le rapport de M. Rendu sur les projets de réforme de l'enseignement médical et du concours des hôpitaux, présentés par M. Huchard H. M.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 janvier 1891

Présidence de M. le Dr Tarnier

M. Duplay lit un rapport sur un travail de M. Terrillon concernant le traitement des kystes de l'ovaire.

M. Kirmisson présente un malade sur lequel il a fait avec succès, des deux côtés, la résection astragalo-scaphoïdienne pour un pied bot.

M. Marty lit un rapport sur les remèdes secrets.

De la dépopulation de la France. — M. Proust remercie M. Le Fort de la courtoisie qu'il lui a témoignée et du talent qu'il a déployé dans sa communication. Il est d'accord avec lui sur certains points, entre autres sur l'utilité de l'isolement des varioleux et la désinfection de leurs vêtements. M. Le Fort dit que les statistiques des vaccinations sont défectueuses et qu'il en est de même pour celles des varioleux. Mais M. Proust n'a donné ces statistiques qu'avec une grande réserve, regrettant leur insuffisance.

M. Le Fort a étudié les lois allemandes et anglaises, M. Proust ne veut pas faire de législation comparée. La notification du décès par variole, en Angleterre, à été reconnue utile, mais n'a pas très bien réussi. Pour ce qui est de l'Allemagne, M. Proust n'est pas de l'avis de M. Le Fort, qui prétend qu'avant 1874 la vaccination était obligatoire et qu'elle n'avait pas produit une décroissance sensible dans le chiffre des varioleux. C'est une erreur. Jusqu'en 1874, la vaccination n'était pas obligatoire en Allemagne, excepté dans quelques régions.

M. Le Fort est encore dans l'erreur quand il dit que la notification des varioleux existe en Allemagne depuis 1835. Encore maintenant, cette notification n'est pas absolument bien faite.

M. Le Fort dit qu'en France, il ne s'est rien fait pour l'isolément des varioleux en dehors de Paris. Cependant cet isolement existe à Lille, Valenciennes, Le Havre, Reims, Bordeaux et Marseille. M. Proust fait ressortir la difficulté d'isoler les malades atteints de maladies contagieuses par suite des frais considérables qu'exige cet isolement.

Actuellement, d'après M. Proust, le service des vaccinations et des revaccinations est bien plus actif en France. La Compagnie des chemins de fer de l'Est vaccine et revaccine tous ses employés, il en est de même de l'usine Cail.

M. Proust insiste sur ce point que la variole est grave quand elle trouve un terrain favorable et que, si l'isolement des varioleux est bon, la vaccination et la revaccination ne sont pas moins nécessaires.

M. Dujardin-Beaumetz se propose de démontrer que, si on invoque la liberté individuelle pour empêcher l'obligation de la vaccine, on les viole bien plus en imposant l'isolement et la désinfection obligatoire. Cependant, M. Le Fort ne veut pas

Digitized by Google

de la vaccine obligatoire et il accepte cependant l'isolement et la désinfection obligatoires. C'est le contraire qu'a demandé le Conseil d'hygiène.

Tout le monde admet l'utilité de l'isolement et de la désinfection. Tous les citoyens accepteront facilement le vaccin obligatoire si on la rend facile et gratuite.

L'isolement *réel* viole bien autrement les droits du citoyen. Isoler, c'est facile à dire, mais quelles difficultés au point de vue législatif. D'abord, il faut une déclaration, et immédiatement s'élève la question du secret médical. Quant à l'isolement, il faut, pour l'exécuter, ou mettre le malade dans un hôpital, ou faire déménager les autres locataires. Dans les deux cas, on viole le domicile des citoyens.

Mais isoler un varioleux ne suffit pas : il faut l'interner. Qui fera l'internement? Il faudra encore une déclaration médicale, et alors le secret professionnel est encore violé.

Si on examine les pays où la vaccine est obligatoire, on voit que, avant cette obligation, il mourait de la variole, pour 100,000 habitants: en Ecosse, chez les enfants de 0 à 6 mois, 310; chez ceux de 6 à 12 mois, 341 ; en Suède, 479 ; en Prusse, 42 à 263. — Depuis la vaccine obligatoire, il est mort pour 100,000 habitants: en Ecosse, chez les enfants de 0 à 6 mois, 174 ; chez ceux de 6 à 12 mois, 49 ; en Suède, 182 ; en Prusse, 0.

M. Proust proteste contre M. Le Fort qui s'élève contre la vaccination et la revaccination obligatoires au nom de la liberté individuelle. Il demande que la vaccination et la revaccination soient rendues obligatoires par une loi. Celà ne l'empêche pas d'accepter l'isolement et la désinfection. Mais l'isolement est insuffisant quand les cas de variole sont très nombreux. Il n'a pas eu grande influence, en Allemagne sur la marche de la variole qui a diminué seulement quand la vaccine a été rendue obligatoire.

M. Proust propose à l'Académie de voter les conclusions proposées par le Comité d'hygiène qui demande l'obligation de la vaccine.

Et puis où placer les isolés? Dans un hôpital de varioleux. Mais ceux-ci excitent les plaintes des voisins et il est certain que ces hôpitaux constituent des foyers de variole.

La désinfection est une mesure moins grave que l'isolement, et cependant, à Paris, elle rencontre de grandes difficultés. On refuse la désinfection. Enfin, si on adopte les idées de M. Le Fort, il faudra instituer des médecins sanitaires. Dans quelles limites et de quel droit agiront-ils ?

Enfin, au point de vue politique, le Conseil d'hygiène est aujourd'hui sous la dépendance du Ministre de l'Intérieur qui fait exécuter les mesures prises par le Conseil, par l'intermédiaire des préfets. Les mesures d'hygiène sont toujours des mesures coercitives. Les préfets, désireux d'éviter des conflits avec les électeurs, les font mal exécuter.

M. Dujardin-Beaumetz est partisan résolu de la vaccination et de la revaccination obligatoires, ce qui ne l'empêche pas de demander aussi l'isolement et la désinfection. F. R.

LA RÉFORME DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Depuis plus d'un mois, la Société médicale des hôpitaux discute, en comité secret, les dix propositions de réformes de notre organisation hospitalière que je lui ai soumises. Il ne lui reste plus que la dernière à étudier : celle qui est relative au concours de médecine du bureau central, et qui, selon toute vraisemblance, sera résolue en grande partie dans le sens indiqué.

Quoique de nombreuses indiscrétions aient été commises déjà dans la presse médicale sur le secret de ces délibérations, j'ai voulu jusqu'ici garder le silence, par convenance, et par égard pour mes collègues. Mais aujourd'hui que la discussion va être close, il m'est permis d'en soulever les voiles et d'en montrer les principaux résultats.

Au mois de décembre 1890, en présentant la brochure sur *la Réforme de l'enseignement médical et des concours de médecine*, brochure où j'avais réuni tous les articles parus sur ce sujet dans la *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, je priais la Société médicale des hôpitaux de mettre à l'étude les propositions suivantes :

1° Suppression du concours de l'externat ; — 2° suppression d'un grand nombre d'internes en pharmacie; — 3° création, dans chaque hôpital, d'un ou deux chefs de laboratoires, d'anatomie pathologique, d'histologie, de bactériologie et de thérapeutique expérimentale; — 4° relèvement et amélioration du concours de l'internat; — 5° modifications dans le concours de médaille d'or des hôpitaux; — 6° nomination facultative d'assistants (docteurs en médecine) par les chefs de service;—7° création, dans chaque hôpital important, de services spéciaux ; — 8° organisation de l'enseignement médical des hôpitaux ; — 9° réorganisation des consultations hospitalières; — 10° modifications du concours du bureau central.

La Société médicale des hôpitaux, après avoir renvoyé ces propositions à l'examen d'une commission composée du conseil de famille dont M. Rendu, secrétaire général, a été l'éloquent rapporteur, s'est empressée de les étudier. Après avoir réservé les premières questions, elle a voté successivement :

1° *La création, dans chaque hôpital, de chefs de laboratoires* d'anatomie pathologique (auxquels elle a donné le nom de directeurs des travaux anatomiques et chimiques) ;

2° *L'amélioration du concours de la médaille d'or*, auquel elle a ajouté une épreuve clinique ;

3° *La création d'assistants pour les services de dermatologie* ;

4° *La création de deux services spéciaux de dermatologie* (à Lourcine et au Midi) ;

5° *La réorganisation des consultations hospitalières ;*

6° *L'organisation de l'enseignement médical dans les hôpitaux.*

7° *Les modifications dans le concours de médecine du bureau central* restent à étudier. D'après le rapport favorable de M. Rendu, il est presque certain qu'elles seront acceptées.

Comme on le voit, la plupart de nos propositions ont été prises en considération.

Quant au principe si important de l'organisation de l'enseignement hospitalier, il a été admis, malgré le réquisitoire attendu, et grâce à l'heureuse intervention de M. Potain qui, dans un discours remarquable, en a démontré l'utilité. Notre éminent maître qui, dans cette mémorable séance, a bien voulu me remercier « de l'initiative que j'avais prise en soulevant cette question des réformes », a fait remarquer que la réorganisation de l'enseignement médical s'imposait, puisqu'on n'y avait pas touché depuis près d'un siècle. Sa courageuse intervention a été couronnée du plus beau succès; car le principe de l'organisation de l'enseignement

Digitized by Google

hospitalier a été voté à l'unanimité des membres présents.

La proposition admise stipule que *cette organisation doit s'accomplir par « l'entente de l'Assistance publique et de la Faculté »*.

J'avais, pour ma part, émis une idée presque analogue, en déclarant que cet enseignement hospitalier « ne devait pas être organisé contre celui de la Faculté, mais » à côté de lui ».

De son côté, M. Bourneville, dès 1874, s'exprimait en ces termes : « Le jour — disait-il — où l'antagonisme regrettable de la Faculté et de l'Assistance publique disparaîtra, nous verrons s'effectuer, sans doute, et au grand » avantage de la Société qui aura de meilleurs médecins, » la transformation des hôpitaux en autant de centres » d'enseignement ayant leurs cliniques, leurs laboratoires, leurs bibliothèques, etc. ».

On propose donc de fonder un enseignement hospitalier, non pas comme je le disais, « *à côté* de la Faculté », mais *dans* la Faculté. Cette dernière question n'a pas le don de nous passionner. Il suffit qu'on ait reconnu avec nous l'utilité de l'enseignement pratique de la médecine dans les hôpitaux ; il nous suffit de savoir qu'on voudra l'organiser sérieusement dans l'intérêt général, sans nous demander quels intérêts particuliers il pourra servir. Cependant, il y a de bons esprits qui persistent à croire avec nous, que « les deux conditions indispensables du succès de » tout enseignement, sont l'*émulation* et la *concurrence* ».

Tels sont les résultats considérables déjà obtenus.

M. Bourneville, dans le dernier article de son excellent journal, veut bien « signaler la part importante » qui me revient dans cette nouvelle période d'agitation pacifique ». Or, je considère comme un devoir de rappeler que le vaillant rédacteur en chef du *Progrès médical* a été notre initiateur, puisqu'il nous a montré la route depuis plus de vingt ans, en poursuivant avec une constance infatigable, l'organisation des cours cliniques, des laboratoires, des musées et des bibliothèques dans les hôpitaux. Il est encore juste de rendre hommage aux efforts ou aux anciens écrits de Claude Bernard, de Delasiauve, de Wurtz, de Lorain, de Jaccoud, de Le Fort, de Ranse, de Besnier, de Laborde, etc. Nous n'avons fait que suivre ces champions du progrès dans cette étude si importante de l'organisation de l'enseignement médical, et si nous avons eu le bonheur d'obtenir gain de cause, ce n'est pas seulement parce que nous avons su, avec eux, frapper juste et fort, mais c'est aussi et surtout parce que nous avons frappé en temps utile. Le terrain avait été admirablement préparé par nos devanciers, la question était mûre depuis longtemps, et nous nous sommes trouvé au moment propice pour la soulever. Là, seulement, est le secret du succès obtenu.

Nous accomplissons donc un devoir agréable de reconnaissance, en rappelant tous les efforts de ceux qui ont concouru avec nous à l'œuvre commune, et il est encore équitable de rendre hommage à la fermeté pleine de courtoisie avec laquelle M. Dumontpallier, président de la Société médicale des hôpitaux, a su diriger ces importants débats et préparer la victoire.

Cependant, — comme je le disais naguère, à cette même place, — cette campagne n'est pas finie : elle commence.

Elle commence, parce que d'autres réformes — plus importantes encore que les premières — restent à accomplir : celles du recrutement des agrégés, du concours du clinicat, de la réorganisation des Facultés et des Ecoles de médecine, et du relèvement de l'Enseignement libre. Mais, les deux plus importantes réformes, celles d'où dépendent notre avenir et nos succès scientifiques, sont relatives à la *rétribution des professeurs par les élèves* qui peut contribuer à établir cette féconde concurrence et cette utile émulation dont nous parlions tout à l'heure, *à la séparation du corps enseignant et du corps examinant* qui est une des premières conditions de la liberté de l'enseignement supérieur.

Un jour, si les forces nous trahissent, ou si nous ne vivons pas assez pour voir l'aurore de toutes ces réformes, d'autres que nous, peut-être, reprendront la lutte pour la liberté de l'enseignement supérieur et contre le monopole.

Mais, à ces continuateurs de l'œuvre commencée, on ne doit pas laisser ignorer, à côté de la grandeur de la tâche, les dangers et les âpretés de la lutte.

Il leur faudra de la vaillance dans la plume, de l'indépendance au cœur, et une bonne dose de philosophie dans l'âme.

La connaissance du cœur humain et une certaine expérience des choses leur apprendront que les semeurs d'idées ne sont jamais ceux qui récoltent.

Il faut qu'ils s'apprêtent au combat, avec une complète abnégation pour leurs intérêts personnels, avec le renoncement absolu à tout avenir honorifique. Il faudra que, sans regarder toujours le soleil levant, ils sachent préférer la vérité à Platon, et qu'ils puissent supporter avec une calme sérénité les désillusions, les défaillances ou les défections. Il leur faudra se résigner à l'avance à voir leur désintéressement suspecté par tous ceux qui ne considèrent toujours, dans les questions d'ordre général, que la défense d'intérêts particuliers.

Autour d'eux, ils entendront, peut-être, un vague murmure fait de chuchotements discrets, de mots sous-entendus, de paroles prononcées à voix basse...

Nous leur souhaitons de ne pas voir ceux qui combattent courageusement à leurs côtés, en butte aux objurgations des immobiles et inflexibles routiniers, cherchant âprement à les détourner d'amitiés fidèles et de dévouements éprouvés.

..... Ils verront peut-être tout cela. Mais, en servant la cause de la liberté de l'enseignement étouffée par le monopole, ils seront soutenus par le sentiment du devoir accompli, et surtout par l'espoir, ou plutôt par la certitude d'être utiles à la science et à leur pays.

HENRI HUCHARD.

Digitized by Google

NOUVELLES MILITAIRES

FRANCE

Nominations dans le corps de santé de la marine. — (Activité). *Au grade de médecin auxiliaire de 1re classe* : M. le Dr Regou.

(Réserve). *Au grade de médecin de 2e classe*: M. le Dr Labros c.

Convocation de la réserve en 1891.—*Médecins auxiliaires*: Les médecins auxiliaires de réserve des classes 1883 et 1884 seront appelés en même temps que les réservistes des corps auxquels ils sont affectés.

Les sachets individuels de pansement. — On a, aux manœuvres du 18e corps d'armée, expérimenté des sachets individuels de pansement. Ces sachets avaient été répartis à raison de 64 par régiment d'infanterie (5 par compagnie, 4 pour les médecins), de 32 par régiment d'artillerie (5 par batterie, 2 pour les médecins), et de 22 par régiment de cavalerie (5 par escadron, 2 pour les médecins).

De ces sachets, les uns, à enveloppes bleues, étaient aseptisés au bichlorure de mercure ; les autres, à enveloppes blanches, l'étaient au salol. Après enlèvement de la première enveloppe, les sachets ont été confiés à des hommes n'appartenant ni aux classes 1885 et 1886, ni à la réserve. Ces hommes les ont cousus au côté gauche et intérieur de la veste et faisant porter les points de couture sur la partie flottante de l'enveloppe imperméable que l'on avait soin de ne pas décoller. Les hommes les ont portés ainsi pendant toute la durée des marches et manœuvres, sans jamais s'en séparer.

En exécution de l'ordre général du 27 juillet, une conférence a été faite, le 11 septembre, dans chaque compagnie, escadron ou batterie, sur la composition et l'usage du sachet ; le médecin chef de service avait instruit à l'avance un sous-officier de chacune de ces unités en vue de la conférence que celui-ci devait faire à ses hommes.

Pour utiliser le sachet, il y a lieu : 1° de décoller l'enveloppe imperméable; 2° de placer sur la blessure et à sec la ouate aseptique, le mackintosh, le tissu d'enveloppe ; 3° de fixer le tout avec la bande arrêtée au moyen des deux épingles de sûreté.

Cette bande, très résistante, peut être utilisée pour arrêter une hémorrhagie.

Après les manœuvres et le retour dans les garnisons, les sachets ont été remis au médecin chef du service.

Le 1er décembre, chaque médecin chef de service a dû adresser au directeur du service de santé un rapport sur l'état de conservation de ces sachets à pansement.

VARIÉTÉS

L'antisepsie par le sulfite de zinc. — Le sel a été recommandé par Henston et Tichborne (de Dublin), en raison de sa faible toxicité.

La gaze antiseptique au sulfate de zinc se prépare de la manière suivante : on mélange une solution aqueuse bouillante de six parties de sulfate de zinc à une autre solution bouillante de cinq parties 25 de sulfite de soude ; on laisse la gaze pendant vingt-quatre heures dans ce mélange, le sulfite de zinc se dépose en cristaux fins dans les mailles ; on l'exprime et on la sèche. Cette gaze conserve pendant un temps indéterminé ses propriétés antiseptiques, qui sont dues au zinc et à l'acide sulfureux dégagé au contact du tissu avec la plaie.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Clouston. — Les nevroses de croissance (*The Edimburgh Med. journal*, janvier 1891, p. 398).

Dano (Charles). — Etude sur l'anesthésie dans l'hystérie (*The American journal of the Med. sciences*, août 1890).

Jomisson. — De la dermatité herpétiforme (*The Edim. Med. journal*. janvier 1891, p. 638).

Mackenzie (Stephen). — L'anémie, sa pathologie, ses symptômes et son traitement (*The Lancet*, 10 janvier 1891).

Lyonnet. — Des complications articulaires et péri-articulaires de la diphtérie (*Lyon méd.*, 4 janvier 1891, p. 5.).

Mac-Donnald. — Les complications cardiaques du rhumatisme blennorrhagique (*The med. journal of the med. sc.*, janv. 1891, p. 1).

Pepper (W.) et Crozer Griffith. — Anévrysme variqueux de l'aorte et de la veine cave supérieure (*The American journal of the med. science*, octobre 1890).

Sollier. — Hystérie infantile à forme convulsive (*France méd.*, 2 janvier 1891, p. 21).

Teissier. — L'influenza en Russie (*Annales d'hygiène publique*, janv. 1891, p. 22).

Williams (J.-D.). — De la coexistence des maladies du cœur et de lésions pelviennes (*Edimburgh, Med. journ.*, nov. 1890, p. 440).

THÉRAPEUTIQUE

Aulde. — Du bioxyde d'hydrogène *The N.-Y. Med. journal*, 27 déc. 1890, p. 911).

Troquart. — De l'emploi de la cocaine dans les maladies des voies urinaires (*Journal de méd. de Bordeaux*, 4 janvier 1891).

White (J.-B.). — Remarques sur le traitement intrapulmonaire et hypodermique de la tuberculose (*The N.-Y. Med. Record*, 27 déc. 1890).

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET OBSTÉTRICALE

Ballantine (J.-W). — La tête de l'enfant et l'accouchement (*Edimburgh. Med. Journal*, nov. 1890, p. 429).

Berry Hart. — Du placenta prœvia (*Edimburgh, Med. Journal*, nov. 1890, p. 416).

Blanc (E.). — Pathogénie de l'éclampsie (*Lyon médical*, 21 sept. 1890).

Bowley (A.). — Ligature de l'artère proplité pour un anévrysme de la jambe (*Brit. Med. journal*, 19 nov. 1890).

Campbell (W. M.). — De la grossesse dans les cas d'imperforation de l'hymen (*Edimburg, Med. Journal*, sept. 1890, p. 21).

Forgue (E.). — Traitement des occlusions intestinales (*Montpellier médical*, 1er oct. 1890).

Harbison-Cuppo. — Traitement du prolapsus complet du rectum (*The Lancet*, 11 oct. 1890).

Herman (E.). — Note de mensurations de la tête fœtale (*Edimb. Med. journal*, nov. 1890, p. 451).

Keith (T.). — De l'hysterectomie pour cancer (*The Brit. Med. journal*, 10 janv. 1891).

Rochet. — Des prolopsus génitaux de la femme (*Province médicale*, 27 sept. 1890).

Taylor et Russell. — Suites d'un cas d'ovariotomie (*Edimburgh Med. journal*, nov. 1890, p. 452).

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE N° 4 28 JANVIER 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, DEMELIN, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

Avis. — *L'administration de la* REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE *prie instamment ses souscripteurs de lui faire parvenir au plus tôt le montant de leur renouvellement et d'y joindre l'une des bandes du journal.*

Prime à nos abonnés. — A ceux de nos *abonnés actuels ou nouveaux* qui désirent se procurer les **Mementos thérapeutiques des praticiens**, nous rappelons que, en leur faveur, le prix de ce volume est :

De **2** fr. **50** livré dans nos bureaux ;

Et de **3** fr. **25** à domicile (franco de frais d'expédition et de poste).

Un nombre considérable de demandes de MEMENTOS *nous étant parvenues durant ces derniers jours, l'Administration du journal informe MM. les souscripteurs que l'expédition de ce volume ne peut se faire que successivement et dans l'ordre des inscriptions.*

Elle prie, en outre, MM. les abonnés qui lui ont adressé une souscription inférieure à 3 fr. 25 (*prix d'expédition et de port compris*), de vouloir bien la compléter le plus tôt possible.

THÉRAPEUTIQUE DERMATOLOGIQUE

Les traitements de la tuberculose lupique

Par M. le Dr E. BESNIER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis, Membre de l'Académie de médecine (1).

Procédé opératoire. — Toutes les fois où le lupus est de quelque étendue et a son siège à la face, le malade doit être étendu horizontalement, la région à cautériser bien éclairée, et la tête fixée par un aide, quand on ne peut compter sur l'immobilité du patient; très souvent on peut se contenter d'appuyer la main gauche sur la face, le point à traiter étant placé entre le pouce d'une part, et les autres doigts réunis de l'autre, ce qui permet, en même temps, de tendre convenablement la peau. Quand le lupus est de moindre importance, ou qu'il a son siège sur les membres, il est ordinairement préférable d'adopter aussi pour le patient la position horizontale, au moins dans les policliniques, mais on peut très facilement opérer, le malade étant assis en face de l'opérateur.

Que les cautérisations soient faites avec le thermocautère, ou avec l'électrocautère, il est essentiel que la pièce de platine ne soit portée qu'au rouge sombre, et jamais au rouge blanc, cela pour deux raisons : d'abord, afin d'éviter que l'opération ne devienne sanglante; cette précaution est surtout essentielle dans les premières séances, quand on attaque des surfaces fongueuses, très vasculaires, ou encore quand les sujets s'agitent, font des efforts, ou crient comme les jeunes enfants, et congestionnent vivement la peau; il faut alors surveiller attentivement la nuance de la pièce ignée, et aller avec plus de lenteur. Dans les régions pourvues de vaisseaux importants, comme les régions temporale, parotidienne, etc., cette précaution est de rigueur absolue; *il ne faut aucune négligence.* En second lieu, il est nécessaire que le cautère ne soit pas lumineux, pour que l'opérateur conserve la vision distincte.

Lorsque le lupus est peu étendu, tel qu'on l'observe souvent chez les très jeunes sujets, ou même à un âge plus avancé dans le lupus vulgaire du centre de la joue, ou dans les disques isolés du lupus érythémateux, on pratique, avec une pointe fine de platine rougie, une série de ponctuations séparées l'une de l'autre d'un millimètre environ, de manière à tatouer littéralement la petite plaque. Avec l'électrocautère en forme de fourche, de grille à plusieurs pointes, la même opération peut être exécutée plus rapidement encore.

Au niveau des parties lupiques, dans le lupus de Willan surtout, la pénétration du cautère est extrêmement facile, et la main sent parfaitement le moment où la résistance du tissu sain se produit. Dans tous les cas, la pénétration doit dépasser, de 1 à 2 millimètres, les dernières limites appréciables du lupus, et porter, par conséquent, sur les tissus sains dans toute la périphérie, pour limiter la lésion.

Le même procédé opératoire, à l'aide de la pointe unique, s'applique très heureusement à la destruction de ces nombreux foyers de lupus repullulants qui semblent défier tous les efforts. On les aperçoit également à travers les mailles du réseau cicatriciel dans la plupart des cas de lupus traités par tous les procédés, sans exception, qui n'entraînent pas la destruction directe et entière du néoplasme. Pour bien voir ces foyers, il faut augmenter la transparence de la couche cornée, en tendant la peau, et en humectant l'épiderme avec un corps gras. Lorsque ces foyers sont de petite dimension, la pointe de platine rougie suffit pour les détruire en une seule ponction ; si leur largeur est un peu plus grande, on laisse le cautère en place en exerçant un léger mouvement de circumduction; si le lac lupique est plus considérable, on peut, ou prendre un cautère plus volu-

(1) Suite et fin : Voir nos 2 et 3.

Digitized by Google

mineux, ou faire autant de ponctions ignées que cela est nécessaire pour le détruire.

Quand il s'agit de vastes surfaces lupiques comme celles qui occupent toute la face, et qui sont presque toujours, en même temps, partiellement ou généralement hypertrophiques, fibreuses (scléreuses), les ponctions profondes avec les aiguilles à pointes multiples, les scarifications linéaires, losangiques, faites avec le couteau thermique fin, ou avec les râteaux galvaniques à lames multiples, permettent d'abréger la durée de la séance. D'autre part, les cautérisations peuvent être faites par lots restreints; mesurées selon la tolérance du malade, et renouvelées plus ou moins fréquemment sur les parties voisines, quotidiennement si l'on veut, et plus habituellement à quelques jours d'intervalle.

Il est inutile de dire que les applications doivent être conformes aux conditions topographiques particulières des régions lupiques; sur les paupières, les pointes les plus fines, menées avec ménagement; de même sur la conjonctive.

Sur les muqueuses buccale, palatine, pharyngée, la galvanocaustique trouve une application merveilleuse de simplicité, d'innocuité, voire même de remarquable indolence relative. C'est là où elle ne saurait, à aucun titre, être comparée à la rugination ni aux scarifications, même en ne tenant compte que des avantages immédiats et locaux. Il est aisé de comprendre combien il est préférable de se servir dans ces cavités de l'électrocautère que des procédés sanglants ; il n'y a vraiment pas besoin d'en expliquer les raisons multipliées. En portant, un moment, l'aiguille au blanc lumineux, on peut se rendre compte nettement, dans le pharynx et dans la région palatine, des lésions à cautériser.

Dans le traitement du lupus qui a son siège au niveau des fosses nasales et des ailes du nez, les pointes électrocaustiques, fines, sont particulièrement applicables, dans les premières séances, uniques ou associées. Dans les suivantes, de fines scarifications avec trois ou quatre lames de platine associées permettent de préparer une cicatrice lisse et régulière. Avec les instruments composés de lames ou de pointes associées, l'application doit être un peu plus lente et plus forte; le plus habituellement, une main moyennement exercée cautérise plutôt trop peu que trop; mais les séances devant, presque toujours, être renouvelées, il est préférable, si l'on n'est pas bien sûr de soi, de rester en deçà, que d'aller au delà du nécessaire.

Le lupus du tronc ou des membres peut et doit être traité avec plus d'activité et d'énergie ; il n'y a pas les mêmes difficultés de restauration qu'à la face. Les pointes caustiques, moyennes ou fortes, les scarifications profondes avec le thermocautère ou avec les couteaux galvaniques à lames multiples, peuvent être appliquées sans difficulté. D'une manière générale, dans le lupus tuberculeux, les cautérisations en tatouage profond sont applicables d'abord, puis viennent les scarifications, et enfin l'aiguille unique détruit les derniers points qui peuvent avoir échappé.

Dans les formes *verruqueuses, papillomateuses, sèches, hyperkératosiques*, on peut gagner du temps en faisant d'abord une rugination à fond avec les curettes appropriées. Puis reprendre à l'aiguille galvanique les points douteux restés dans la cicatrice obtenue, faire des scarifications ignées avec les couteaux à lames multiples, et terminer par les scarifications sanglantes quadrillées, à la période de sclérose secondaire.

Dans tous les points et dans toutes les circonstances, la profondeur à laquelle on doit faire pénétrer les cautères varie selon l'épaisseur du néoplasme, son siège, l'épaisseur de la peau. La main apprend vite à mesurer la pénétration à la résistance éprouvée ; sauf à la face ou dans le voisinage des petites articulations ou des tendons superficiels, invariablement, on fait la cautérisation plutôt trop superficielle que trop profonde. On ne doit pas oublier, en particulier, que la cautérisation d'un lupus n'a rien de commun avec l'application vulgaire des « pointes de feu »; les ponctuations ignées du lupus doivent être beaucoup plus fines, plus profondes, elles se font lentement ; la pointe ignée doit être éteinte dans le tissu pathologique.

Phénomènes cliniques. Anesthésie locale ou générale. Soins consécutifs. — La douleur produite par les cautères thermiques ou galvaniques est vive, mais très variable selon les sujets ; la première vue des armatures en ignition, et la première attaque impressionnent surtout le patient. Avec un peu d'artifice pratique, tout cela peut être très atténué, et la vue du cautère rougi peut être aisément dissimulée à l'aide du manche à verrou. Mais ce qu'il faut bien faire savoir et annoncer au malade, c'est que la douleur cesse aussitôt l'aiguille retirée.

Dans beaucoup de cas, il est possible, surtout quand les malades sont éclairés sur la réalité, de faire les cautérisations sans anesthésie générale ni locale ; mais la pusillanimité est dominante chez les lupiques, et il faut très souvent avoir recours à l'anesthésie locale. L'anesthésie générale ne serait admissible que pour une première séance, dans un vaste lupus que l'on voudrait attaquer d'emblée à fond, comme le fait la chirurgie proprement dite pour les tuberculoses locales. Dans ce cas, on peut débuter par la rugination à fond, complète, suivie immédiatement après le sang étanché, de la cautérisation du fond de tous les foyers lupiques, ce qui ne peut, à peu près exclusivement, se faire que sur le tronc, ou le plein des membres.

Dans les cas ordinaires, la situation se présente de la même manière que nous l'avons montrée pour la scarification ; le préférable serait l'anesthésie par injection cocaïnée ; mais dans la majorité des cas l'on est obligé d'avoir recours à la congélation locale ; la consistance du tissu malade est uniformisée ; on ne distingue plus que très incomplètement les points à cautériser ; on fait de la besogne mauvaise, ou au moins imparfaite.

Le *pansement* immédiat varie suivant les cas. Dans les circonstances ordinaires, la cautérisation étant faite sans écoulement sanguin, les eschares sont sèches et les patients, venus chez le médecin ou à la policlinique, retournent chez eux, en toute saison, avec un duvet de coton hydrophile recouvert à volonté de baudruche gommée, de taffetas, ou d'emplâtre de Vigo.

Digitized by Google

Si le lupus traité est ulcéreux, ou sécrétant, à la suite des cautérisations précédentes, s'il y a un peu de sang écoulé, on fait d'abord l'étanchement, la toilette aseptique, puis le même pansement que précédemment avec une couche de ouate hydrophile proportionnée à la circonstance.

Durant les jours suivants, le jour, une couche légère de baudruche gommée, la nuit, du coton hydrophile sec, ou imbibé d'une solution très légère d'acide borique, de sublimé, de salicylate de soude, ou un pansement sec, iodoformé, à l'aristol, au sous-nitrate de bismuth, ou avec une pommade appropriée. Le matin, une pulvérisation tiède de quelques minutes avec de l'eau bouillie, faiblement boriquée, salicylée, ou mercurielle.

Dans les jours qui suivent les cautérisations, les eschares, pour les cas les plus simples, sont sèches, exactement limitées aux points d'application ; il ne survient aucune irritation appréciable, et au bout de peu de jours l'application d'un emplâtre quelconque, ou une pulvérisation, ou un cataplasme de fécule suffisent pour faire tomber les croûtes-eschares. Nous croyons utile de ne pas les laisser s'imprimer dans la surface de cicatrisation, où on les retrouverait sous forme de ponctuation. Souvent, au bout de peu de jours, nous les enlevons à la curette, et nous cautérisons le fond avec un crayon de nitrate d'argent mitigé pointu, pénétrant ; puis la surface de cautérisation argentique est touchée avec un crayon de zinc métallique de forme et de calibre appropriés.

Quand on a pratiqué une cautérisation à fond, énergique, de surfaces lupiques bourgeonnantes, fibro-vasculaires, tuméfiées, ulcérées, l'eschare ne reste pas sèche; rapidement la surface de cautérisation se recouvre, en partie ou en totalité, de ces croûtes jaunes, adhérentes, eczématiques ou impétiginiformes plates, se reproduisant sans cesse, que connaissent trop bien tous ceux qui ont traité le lupus par un procédé quelconque. Les pulvérisations, les pansements avec les pommades, les poudres, les gazes médicamenteuses, le coton hydrophile, etc. sont appliqués comme dans le traitement de plaies de tout ordre, variés selon l'état de la plaie, la tolérance particulière du sujet. Le bourgeonnement, souvent exubérant, est réprimé par les cautérisations au nitrate d'argent et au zinc, que l'on peut rendre moins douloureuses par des imbibitions locales préalables prolongées, de solution cocaïnée, et, suivant les cas, par une compression méthodique qui peut être très utile. Il faut, ici, agir en médecin ; c'est à l'hôpital, et non dans le livre, que la direction de ces choses se peut vraiment apprendre.

Nombre des cautérisations. — Le nombre et la répétition des applications caustiques ne sauraient être fixés d'avance ; on peut les renouveler dès que la cicatrisation des cautérisations précédentes est opérée. Leur nombre est d'autant moins grand que l'on aura mieux exécuté les séances, ce qui dépend un peu de l'opérateur, et beaucoup de la patience et de la docilité du malade.

Il faut bien distinguer les cas, pour juger avec clarté. C'est la minorité infime des sujets atteints de lupus qui accepte une opération radicale, pour laquelle il faudrait être hospitalisé, ou arrêté dans la marche de l'existence. La pusillanimité aidant, ainsi que l'assuétude à l'égard d'une difformité ancienne, presque tous les malades préfèrent les procédés de douceur, quelque lents qu'ils puissent être, et dans chaque séance de cautérisation, beaucoup n'acceptent qu'une action fractionnée.

C'est dans ces conditions particulières de traitement insuffisant, incomplet, imparfait, souvent irrégulier (les malades ne revenant se faire cautériser que quand les tubercules jaunes redeviennent saillants), que l'on voit revenir indéfiniment les malades faire retoucher leurs cicatrices ; mais même dans ce cas, le nombre total des opérations reste certainement inférieur à celui des scarifications qui auraient été nécessaires pour le même cas. Ce nombre serait-il diminué si, comme le pratique Brocq, on alternait les scarifications et les cautérisations ? C'est un point à examiner avec des faits, mais nous pensons que, avec des *cautérisations* BIEN FAITES, suffisamment régulières, on aurait bien rarement besoin de recourir aux scarifications, en dehors des cas que nous avons précisés.

Les *cicatrices* fournies par les cautérisations interstitielles du lupus varient, comme dans tous les autres procédés, selon diverses circonstances, les unes dont on ne dispose pas, la région anatomotopographique, l'idiosyncrasie du malade, l'état antérieur de la lésion, sa profondeur, les traitements déjà suivis, etc. ; les autres dépendant du procédé opératoire, ou de l'opérateur. Il y a là une question d'appréciation bien délicate. Nous avons montré des cicatrices parfaites obtenues par tous les procédés, anciens ou nouveaux, et des cicatrices médiocres ou mauvaises survenues à la suite des scarifications linéaires pratiquées par les mains les plus habiles. Assurément à égalité de lupus, de malade et d'opérateur, on peut obtenir plus sûrement des cicatrices immédiates parfaites avec les méthodes sanglantes qu'avec les procédés ignés ; il serait au moins étrange que nous, qui avons produit des exemples multipliés de ces belles cicatrices obtenues par la scarification linéaire, nous émettions un avis opposé. Mais nous pouvons affirmer que, même à la face, même aux paupières, on peut obtenir de très belles cicatrices avec l'électrocautère, et que, dans les cas où elles sont réticulées, radiées, ou même bridées (ce qui est la rare exception), le temps (une ou deux années), les emplâtres résolutifs, la scarification linéaire pratiquée alors sur des tissus sclérosés, et par conséquent innocente, les réparent le plus ordinairement de la manière la plus satisfaisante. Dans ces conditions, même au visage, le désir d'obtenir la plus belle cicatrice possible ne nous paraît pas être une raison suffisante pour indiquer les méthodes sanglantes, comme devant être systématiquement préférées.

L'*indication* des cautérisations interstitielles se présente dans la grande majorité des cas de lupus vulgaire déjà traités ou non encore traités.

Sur le *tronc* et sur le *plein des membres*, si la lésion n'a pas encore été traitée, on peut faire, dans une première séance, avec anesthésie générale, ou locale cocaïnique, avec ou sans rugination préalable, une cautérisation à fond des foyers lupiques, comme nous avons dit en traitant de la rugination, et reprendre ensuite, dans la cica-

Digitized by Google

trice obtenue, les points repullulants, ou qui auraient échappé.

Sur le *visage*, la cautérisation interstitielle s'applique à tous les cas, à la condition de la pratiquer avec l'électrocautère, non le thermocautère, et à l'aide d'un outillage très simple mais approprié à la région : aiguilles fines, menées avec mesure jusqu'à la rencontre des tissus sains, et avec le projet d'obtenir la guérison dans un nombre de cautérisations variables selon l'étendue, l'ancienneté, et la profondeur du lupus, mais non dans une seule. Cependant, dans le lupus du centre de la face, ou du centre de la joue, dans tous les cas de lupus vulgaire traités aussitôt que le diagnostic est possible, la guérison complète, définitive, peut être obtenue en une séance — plusieurs faits de la pratique civile, où nous suivons les sujets depuis cinq, six années et plus, nous permettent d'être tout à fait affirmatifs sur ce point.

C'est encore à la destruction complète immédiate, dans les cas de *lupus multiple disséminé nodulaire* à l'aide de la galvanocaustique, que nous n'hésiterions pas à avoir recours. Avec patience, nous avons appliqué à plusieurs de ces cas le traitement interne et les emplâtres résorcinés créosotés forts, ou autres, et notre conviction sur ce point est établie.

La cautérisation galvanique, ou thermique, peut servir aussi utilement qu'aucune autre méthode à la destruction de toutes les formes de *tuberculose verruqueuse* de la peau ainsi que de *papillomatose lupique* secondaire. Nous ne trouvons pas illogique dans les formes intenses, anciennes, hyperkératosiques, de faire *précéder* la cautérisation d'une première rugination à fond, et nous n'hésitons jamais, quand la période de sclérose terminale reste seule, à employer les scarifications linéaires. Dans les *formes superficielles et légères*, nous pratiquons seulement le *tatouage galvanique*, dans le *tubercule anatomique* en particulier, *à séances réitérées et non en masse*, et nous obtenons ainsi, avec un peu de patience, même sur le dos des articulations de la main, de très belles cicatrices lisses, souples, invisibles. Nous nous faisons un plaisir de rappeler, comme nous l'avons écrit dans notre Mémoire de 1883, p. 397, note 1, que notre savant ami, T. Barthélemy, traitait déjà le papillome des anatomistes par l'ignipuncture alors que nous le ruginions encore.

Dans le lupus mixte, cutané et muqueux de l'orifice buccal, des fosses narines et nasales, la cautérisation ignée réprésente le moyen essentiel d'attaque et de répression, toutes les fois où les parties malades peuvent être vues par l'opérateur. C'est seulement comme adjuvant, succédané, à titre de pansement, ou sur les points qui ne sont pas en vue, que l'on peut ajouter ou préférer, selon la proposition de Brocq, « le raclage combiné avec la cautérisation au perchlorure de fer, au nitrate d'argent, à l'acide lactique, les pansements soigneusement faits avec du naphtol camphré, l'huile de foie de morue, l'iodoforme, l'iodol, l'aristol ». Mais nous tenons à distinguer le *traitement* proprement dit, la cautérisation ignée toutes les fois où on le peut, et à ne pas établir de confusion avec les méthodes chimiques, ou avec les *pansements*, lesquels (cela est entendu) sont appropriés aux circonstances de la maladie et du malade. Nous recommandons, en outre, pour les cavités narinaires et nasales, d'oblitérer soigneusement au coton ou à la gaze médicamenteux les surfaces cautérisées, et d'en faire, chaque jour, le pansement approprié, lequel comprend surtout les cautérisations au nitrate d'argent (les meilleures), les attouchements avec l'acide lactique, les insufflations de poudres diverses, mais toujours avec pansement ouaté intra-cavitaire.

Pour le *lupus de la conjonctive*, nous avons pratiqué largement les cautérisations galvaniques sans aucun accident, à l'aide des aiguilles fines, et avec des séances réitérées ; nous n'avons pas rencontré de cas nécessitant la rugination ou les scarifications. La tolérance de la conjonctive pour le feu est extrême, les suites des plus simples ; des compresses d'eau bouillie, ou faiblement boriquée sont le seul pansement auquel nous ayons habituellement recours.

Quant à la *muqueuse buccale*, *rétrolabiale*, *gingivale*, *palatine* et *pharyngée*, sans contestation possible, la cautérisation galvanique s'applique à toutes les localisations lupiques qu'elles peuvent présenter. L'innocuité de ces applications est bien connue.

Les malades qui viennent, de temps à autre, faire cautériser les interminables *érosions* qui se produisent dans les cicatrices lupiques de la commissure ou de la cavité de la bouche, ne font grâce à l'opérateur d'aucune d'elles et lui indiquent du doigt toutes celles qu'il peut avoir oubliées ; pour temporaire qu'il est, le bénéfice n'en est pas moins réel et *apprécié*.

B. Électrolyse. — En principe, l'application de l'électrolyse au traitement du lupus est très séduisante, et les travaux publiés en Allemagne et en Amérique — Gartner, Lustgarten, Hardaway, etc. — sont pleins de promesses. Le document le plus récent sur la matière est dû à G.-T. Jackson (de New-York) — (Electrolysis in the treatm. of Lupus vulgaris, *American dermat. Assoc.*; Fourteenth Ann. meeting h. at. Richfield Springs, September 1890, in *Journ. of cut. and gen. ur. dis.*, 1890, p. 416). — L'auteur y déclare que, *dans le traitement du lupus vulgaire*, l'électrolyse donne des résultats aussi bons, sinon meilleurs que ceux que l'on obtient avec les méthodes employées jusqu'à présent ; les applications sont assez peu douloureuses pour qu'on n'ait pas besoin d'avoir recours à l'anesthésie ; il n'y a pas d'écoulement de sang ; les suites immédiates sont assez légères pour que le patient n'ait pas à interrompre ses occupations habituelles ; il est plus facile, en produisant moins de lésion de voisinage, d'atteindre les tubercules dans la profondeur du derme ; enfin, les cicatrices sont lisses et unies.

Nous n'y contredirons pas. Mais, dans l'état actuel de la médication électrolytique — appareils, procédés, instrumentation, — ce serait se faire illusion de croire que l'on puisse traiter, à proprement parler, le lupus par l'électrolyse ; non seulement on n'arriverait pas à réduire les grandes masses lupiques par l'acupuncture électrolytique, ou au moins il y faudrait consacrer un temps et un nombre de séances tels pour chaque ma-

Digitized by Google

lade, que cela serait pratiquement irréalisable dans les cliniques ou dans les policliniques, où l'on a à traiter un grand nombre de cas de lupus et de tuberculoses lupiques existant en même temps sur différents points du corps, et occupant des surfaces cutanées ou muqueuses très étendues.

C'est donc à quelques cas en particulier ou à quelques localisations spéciales, telles que les localisations intra-nasales, etc., ou encore à certaines formes, à certaines phases, ou chez certains sujets, que l'électrolyse s'applique *dans l'état actuel*, et non, jusqu'à présent, au traitement général du lupus. Mais le dernier mot de cette méthode n'est pas dit, c'est une étude à poursuivre, et un procédé à perfectionner.

LE DIAGNOSTIC DES MALADIES

I. *Quelques difficultés du diagnostic dans la chlorose.* — II. *Valeur des altérations du sang.* — III. *Chlorotique avec fièvre.* — IV. *Troubles vasculo-cardiaques Etat de la tension sanguine.*

I. **Quelques difficultés du diagnostic de la chlorose.** — On admet, trop facilement, que le diagnostic de la chlorose se trouve comme écrit sur la figure des malades.

Certes, les symptômes de cette affection sont nombreux : coloration des téguments, troubles nerveux et même psychiques, troubles respiratoires, cardiaques, gastriques, urinaires, menstruels, etc., etc., la chlorose met, pour ainsi parler, sa signature partout dans l'organisme.

C'est peut-être la raison pour laquelle on s'efforce d'en multiplier les formes cliniques: forme cardiaque, dyspeptique, névrosique. L'étiquette varie : l'unité de la maladie n'en subsiste pas moins et on se demande l'utilité de ces distinctions ?

Au point de vue du diagnostic, il y a, il est vrai, c'est à retenir, des *chloroses fausses* et des *chloroses vraies*. En termes plus simples, il y a des chloroses qui masquent des états morbides différents ; il y a aussi des chlorotiques qui cachent leur chlorose. Ici donc des chloroses dissimulées, là des chloroses dissimulatrices. Comment les reconnaître ?

Inutile de retracer, en détails, le portrait physique d'une chlorotique. Habituellement, c'est une femme, puisque la chlorose atteint plus rarement les individus du sexe masculin. Elle a le teint blafard, (*fœdus virginum color*) les paupières bouffies, les téguments jaunâtres, cireux, jaune-verdâtre — (*Icteritia alba*, *icterus albus*, pour nos anciens, pâles couleurs pour le vulgaire) — et, avec cela, un air de tristesse sur le visage, point d'animation des traits, de la lenteur des mouvements, de la paresse de mémoire, ...en résumé, cette malade est une torpide. Au moral, son habitus est celui de l'apathie ; au physique, celui de la langueur.

Sous ce *type torpide*, la chlorose est, en quelque sorte, je le répète, inscrite sur le visage. Par l'inspection seule, on la soupçonne; reste, à dépister sous ces apparences, s'il s'agit d'une chlorose franche, *pallidus morbus*, ou bien d'une chlorose fausse et dissimulatrice, c'est-à-dire d'un état chlorotique servant de masque à une autre maladie?

Autre difficulté pour le diagnostic.

A côté de ces chlorotiques aux pâles couleurs, il y en a d'autres, — les travaux modernes ont confirmé sur ce point les soupçons de nos devanciers (1). Elles revêtent le *type pléthorique*. Le visage des malades est enluminé, leur regard animé, leur caractère vif et enjoué ; elles ont la vivacité de l'esprit et de l'intelligence ; ce sont là, on l'a déclaré, des cas de fausse pléthore. Soit, n'est-il pas plus exact de dire : voilà des chlorotiques qui se cachent sous le masque de la pléthore.

Puis, difficultés d'un autre ordre. Il existe des *états chlorotiques précurseurs* de la tuberculose initiale et d'une affection cardio-vasculaire ou *contemporains* d'une maladie de l'estomac : la dilatation gastrique, par exemple. Point de signes rationnels; on diagnostique une chlorose. C'est *état chlorotique* qu'il aurait fallu dire. Un temps plus ou moins long s'écoule, et, si on suit la malade, on découvre alors la localisation tuberculeuse, la cardiopathie et aussi, l'erreur de prendre une fausse chlorose pour une chlorose vraie.

Aujourd'hui, mieux qu'autrefois, on peut éviter ces erreurs. Il existe, en effet, dans la séméiologie de la chlorose, des signes dont on connait la valeur. Quels sont-ils ?

II. **Altérations du sang.** — Il y a les résultats de l'*examen du sang*.

La *numération des globules* sanguins, par le procédé de Malassez, fait bien constater la diminution des hématies chez nombre de chlorotiques. Laache les a vus descendre à 2,400,000, Coupland à 2,090,000, d'autres au-dessous de 1,000,000; mais cet abaissement n'est pas de règle absolue. Loin de là, dans la *chlorose de croissance juvénile* on voit parfois, comme M. Bouchard, ces hématies s'élever à 5,900,000 par millimètre cube; dans la *chlorose des géants* ce chiffre a dépassé 5,000,000 et cependant l'état général était grave. On peut donc être chlorotique avec des hématies en excès, comme on est obèse avec plus de 5,000,000 de globules par millimètre cube.

Et les indications diagnostiques fournies par *l'examen microscopique* du sang ?

On a signalé le *rapetissement des hématies* : de 3 à 6 μ leur diamètre descendrait à 2,2 μ. Laache a noté un changement dans le rapport numérique des petits avec les gros globules ; diminution de ceux-ci, augmentation de ceux-là.

Ces altérations ne sont pas constantes, et il y a des chlorotiques dans le sang desquels, au lieu d'hématies rapetissées on trouve des globules volumineux, gonflés et comme géants.

L'*analyse hémato-spectroscopique* donne des résultats plus précis. Les procédés diaphanométriques et

(1) Ici, il y aurait lieu d'ouvrir la parenthèse et de citer les noms de ces observateurs. Je ne le fais pas; c'est le moyen, en cas d'omission, d'éviter le reproche de préméditation; c'est aussi celui de ne point intervenir dans ces procès en revendication de priorité, dont on abuse trop volontiers depuis quelque temps. Ch. E.

Digitized by Google

l'instrumentation si ingénieuse d'Henocque l'ont mis à la portée de tous les praticiens. C'est la méthode de choix, dont l'emploi facilite le diagnostic des chloroses, des anémies et des états cachectiques, bref des maladies avec ralentissement de la nutrition.

Qu'il existe ou non une diminution numérique ou un changement du volume des globules, elle met en évidence: d'une part, *la diminution quantitative de l'oxyhémoglobine*; d'autre part, *l'abaissement de la réduction dans le sang des chlorotiques.*

Stéphen Mackenzie a vu la quantité d'oxyhémoglobine tomber de 0,60 à 0,30, et, avant lui, Hénocque l'avait vu descendre à 4 pour 100 (1). De plus, l'abaissement de l'activité de réduction étant constant, on est conduit à des conclusions à la fois physiologiques et cliniques. Chez les chlorotiques, il y a diminution constante de la consommation d'oxygène; il y a donc ralentissement de la nutrition; il y a donc, enfin, par l'analyse hématoscopique, possibilité de différencier, au lit du malade, la chlorose, état morbide où il y a abaissement des échanges et de l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine, avec l'anémie pernicieuse où il y a destruction et arrêt de la formation globulaire.

Une réserve s'impose cependant. Ce même abaissement de l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine s'observe dans d'autres états morbides (carcinose, épilepsie, par exemple). Est-ce un fait de nature à diminuer la valeur clinique de l'hématoscopie? Non. L'examen hématospectroscopique du sang permet de reconnaître ce phénomène morbide et le ralentissement de la nutrition; rien de plus, rien de moins; c'est beaucoup, mais ce n'est pas encore assez pour faire négliger l'emploi d'autres moyens de diagnostic.

III. **Chlorotiques avec fièvre.** — *L'absence de fièvre* est un symptôme fidèle.

Les *chlorotiques sont apyrétiques*; c'est un fait général. Cependant, un savant médecin lyonnais, M. Mollière, a, en 1882, groupé sous la rubrique de *chlorose fébrile*, une série de cas dans lesquels le thermomètre avait, durant des semaines ou des mois, enregistré une élévation de température de 8 dixièmes de degrés à un degré 8 dixièmes.

Est-ce à dire pour cela, que — contrairement à l'opinion reçue — la chlorose est parfois une maladie fébrile? Non, la fièvre des chlorotiques est un incident pathologique en rapport avec des complications.

De ces dernières, la plus fréquente, chez elles, M. Potain a insisté sur ce fait, la constipation, s'accompagne d'une élévation thermique. Il se produit, dans ce cas, une sorte d'auto-infection par stase stercorale. C'est alors qu'un laxatif opportun devient un moyen d'épreuve et de diagnostic.

L'état fébrile persiste-t-il encore après la disparition du barrage stercoral? Il faut chercher ailleurs. On s'orientera vers la tuberculose et on soupçonnera une localisation bacillaire commençante que des signes rationnels révéleront plus tard. C'est donc le thermomètre à la main qu'en l'absence d'autres symptômes, on distingue souvent entre la chlorose vraie, toujours apyrétique, la chlorose avec constipation où l'élévation thermique est modérée et accidentelle, et ces états chlorotiques plus franchement fébriles sous lesquels une tuberculose, encore silencieuse, se dissimule si volontiers.

IV. **Troubles vasculo-cardiaques, Etat de la tension sanguine.** — Tous les livres énumèrent les *troubles vasculaires* des chlorotiques; — du côté de l'arbre artériel: à la palpation, la petitesse et la dépressibilité du pouls; sur les tracés sphygmographiques: une ligne d'ascension rapide, point de crochet, du dicrotisme; — du côté des veines, les *battements cervicaux* de Parrot, dont M. Potain attribue la visibilité plus grande à la fluidité du sang des chlorotiques et dont — autre cause d'erreur — on avait voulu faire le privilège de l'insuffisance tricuspidienne; puis avec ces symptômes accessibles au doigt et au sphygmographe, d'autres d'importance plus secondaire: le refroidissement des extrémités, les ischémies locales et des alternatives de pâleur et de rougeur sur les téguments.

A l'heure solennelle d'un diagnostic difficile, on en tiendra donc compte et on se rappelera avec M. Huchard que «les chlorotiques ont le système vaso-moteur émotif» et avec Conhnheim qu'ils ont les centres vaso-moteurs très excitables (1).

Après l'examen des vaisseaux périphériques, l'exploration du cœur.

Aujourd'hui, les *signes cardiaques* tiennent une place considérable dans la symptomatologie de la chlorose. Les confusions sont elles plus rares entre cet état morbide et les cardiopathies?

Une malade — le cas est vulgaire — se présente sous l'habitus classique de la chlorose et accuse en plus de l'anhélation, de la dyspnée d'effort, des vertiges, des palpitations de cœur, et enfin l'exagération de l'impulsion de cet organe avec une fréquence plus grande de ses battements. Est-ce une chlorotique vraie? Est-ce une cardiaque cachant sa cardiopathie sous le masque d'un état chlorotique?

Elle accuse des *palpitations de cœur*: c'est un symptôme de valeur diagnostique relative. Il y a des chlorotiques dont les palpitations cardiaques dépendent d'un trouble des mouvements du cœur et qui ont de la tachycardie (Potain). N'y en a t-il pas d'autres aussi, dont les prétendues palpitations consistent seulement dans la perception douloureuse, par la paroi thoracique, de l'impulsion du cœur? Après tout, cela s'explique et il s'agit là d'un phénomène de même ordre et de valeur aussi relative que ces névralgies, ces myalgies et ces troubles de la sensibilité si habituels à ces malades.

Enfin, voici les *signes cardiaques d'auscultation*. Leur nature a motivé des discussions encore à peine closes. A en juger, par la vivacité des débats, on attribuerait, un peu trop volontiers, à ces symptômes une valeur considérable pour différencier cliniquement la chlorose vraie et les cardiopathies avec états chlorotiques.

(1) Henocque (*Soc. de biologie*, 26 nov. 1887). — Stephen Mackensie (The Lettsomian lectures. (*The Lancet*, 24 janvier 1891).

(1) Conhnheim: (*New-Sydenham Soc. Trans*, t. I, p. 428.)

Digitized by Google

Il existe, en effet, des *chlorotiques sans bruits anormaux*. Ces cas ne sont point l'exception, ils sont même la règle, de l'avis de M. Potain.

Ici cependant, comme ailleurs, l'exception confirmant la règle, il y a, mais en nombre restreint, des *chlorotique avec bruits anormaux*.

On discute sur le siège et l'origine de ces bruits anormaux. Naguère, il était classique d'en placer le foyer au premier temps et à la base, d'admettre leur propagation le long des vaisseaux du cou et de leur donner le nom de souffle doux de la chlorose. Ce serait une erreur, d'après M. Potain. Ces bruits n'ont pas le caractère d'un souffle intracardiaque et sont dûs à la compression du poumon par le cœur. La variabilité de leur siège le prouve.

Tantôt, en effet, on les entend vers la pointe et au niveau d'elle, tantôt vers l'origine de l'aorte, dans le deuxième espace intercostal droit; tantôt, encore, et M. C. Paul a, l'un des premiers, signalé ce foyer, au niveau de l'artère pulmonaire et dans le deuxième espace intercostal gauche. Ce seraient donc des *bruits extra-cardiaques*.

Eh bien ! Malgré la haute autorité du principal avocat de cette opinion, on se demande si la pathogénie de ces bruits ne serait point différente ou d'une valeur diagnostique moins précaire, et si par leur siège et leur origine, ils ne mériteraient pas plutôt l'appellation de bruits *cardio-vasculaires*?

Faut-il justifier cliniquement cette opinion?

Pour Sansom, il y a un *souffle diastolique* dans les vaisseaux du cou et des *souffles systoliques* à l'origine de l'aorte, ayant ce vaisseau, la sous-clavière ou l'artère pulmonaire pour siège. Le spasme artériel en est la cause ; il modifie la tension, et cette modification a pour effet la dilatation des cavités du cœur (Stéphen Mackenzie), et surtout du cœur gauche (Broadbent).

C'est que, dans les chloro-anémies, les changements de tension artérielle semblent manifestes. Il y a hypertension (H. Huchard, Broadbent, Sansom, Bramwell), selon les uns, hypotension selon d'autres. Pourquoi ces différences de noms contraires? Parce que dans les formes légères et au début, ce spasme est intense et l'excitabilité vaso-motrice vive ; c'est l'heure de l'hypertension ; — parce que, dans les formes graves et tardivement, il y a dégénérescence myocardique, et peut-être, comme le disait Conhnheim, épuisement des centres nerveux, ce serait l'heure de l'hypotension.

Le spasme des vaisseaux et ses conséquences, les modifications de la tension artérielle, justifient donc l'opinion si clinique dont M. Huchard revendique à bon droit la paternité.

« L'existence des bruits de souffle dits anémo-spasmodiques au niveau de l'artère pulmonaire est, dit-il, en rapport avec l'émotivité spasmodique du système circulatoire des chloro-anémiques. Si les souffles anémiques peuvent se montrer à tous les orifices, c'est encore en raison du spasme artério-capillaire, qui crée un obstacle, qui produit un rétrécissement à la périphérie du système circulatoire, obstacle et rétrécissement contre lesquels le cœur lutte en se dilatant. Mais, avec lui, les orifices s'élargissent, et il en résulte, suivant les cas, la production de souffles fonctionnels aux orifices mitral et tricuspidien et même celle d'un souffle diastolique à l'aorte (1). »

Je termine par cette citation. Ne montre-t-elle pas l'utilité, trop méconnue jusqu'à présent, de vérifier l'état de la tension artérielle des chlorotiques? C'est un moyen de diagnostic et de pronostic; c'est, mieux encore, celui de formuler des indications thérapeutiques plus précises. Il y a, en effet, des chloroses justiciables de la médication vasculaire au même titre, sinon plutôt que des traitements reconstituants.

Mais revenons aux signes cardiaques. Leur étude ne montre-t-elle pas qu'à défaut d'autres moyens rationnels de diagnostic, l'auscultation ne suffit pas seule pour permettre de se prononcer entre certaines cardiopathies artérielles au début et les chloroses accompagnées de symptômes cardio-vasculaires ?

Voilà, objecte-t-on, une conclusion négative. J'en conviens ; mais on conviendra aussi, je pense que, dans le diagnostic de la chlorose et en présence de ses difficultés, dont je viens de discuter quelques unes seulement, il faut être modeste et se contenter de dire, contrairement au proverbe : « Une négation motivée vaut mieux que plusieurs affirmations hasardées. »

Ch. Eloy.

(1) H. Huchard, *Leçons sur les maladies du cœur et ses vaisseaux*, 1889, p. 72. — Kingson Fowler (*On the origine of anæmic murmurs*, 1884). — Sansom (*Diagnosis of the diseases on the heart*, p. 131). — Broadbent (*The pulse*, 1890).

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

CHIRURGIE

Ligature de l'aorte abdominale après rupture d'un anévrysme, par M. H. Milton. — Un homme de 50 ans entre à l'hôpital de Kaser-el-Aim au Caire pour une tumeur anévrysmale de l'aorte. Le 3 septembre cette tumeur se rompt et il se produit les signes d'une hémorrhagie grave (*The Lancet*, 10 janvier 1891).

On pratique la laparotomie : on incise le péritoine recouvrant l'anévrysme et aussitôt après on constate que les battements dans le vaisseau et les fémorales cessent. L'hémorrhagie s'arrête. On pratique des injections sous-cutanées d'ether et on administre de l'alcool à l'intérieur. Le malade survit vingt-quatre heures après lesquelles il succombe à l'anémie et au choc opératoire. A l'autopsie on constata que l'anévrysme siégeait à dix centimètres au-dessus de la bifurcation de l'aorte. Sa rupture avait donné lieu à un écoulement de deux kilogrammes de sang environ. S. R.

Du traitement de la cystocèle vaginale, par M. Vaton. — L'auteur recommande deux procédés : dans la cystocèle simple : l'opération de Stolz, si la cystocèle est médiocre ; la cystopexie extra-péritonéale si la cystocèle est prononcée ou compliquée. (*Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 4 janvier 1891).

En résumé, voici les indications à remplir : 1° *cystocèle simple* : opération de Stolz ou cystopexie extra-péritonéale ; 2° *cystocèle compliquée* : s'il y a *uréthrocèle* : opération d'Emmet, mais avec avivement du lambeau central ; s'il y a *prolapsus utérin* : colposyntomie jointe à l'opération d'Alexander avec ou sans trachélorrhaphie ; s'il y a *rectocèle* : opération de Stolz puis colporrhaphie-postérieure ; enfin s'il y a simultanément *rectocèle et prolapsus utérin* : opération de Stolz avec avivement de Hégar

Digitized by Google

ou même, le prolapsus étant considérable, avec l'opération d'Alexander. K. D.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la broncho-pneumonie des enfants par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de quinine, par M. St.-Philippe. — L'auteur attire l'attention sur la confusion possible de la pneumonie avec la broncho-pneumonie, sur la broncho-pneumonie compliquée d'entérite avec la fièvre typhoïde, sur la difficulté du diagnostic dans la forme centrale et sur la forme prolongée qui peut faire songer à la tuberculose (*Journal de méd. de Bordeaux*, 23 novembre 1890).

Au point de vue du traitement, il y a deux indications, une légitimée par un élément fixe, la bronchite; une par un élément mobile, la lésion pulmonaire; mais cette dernière prime de beaucoup la première; car la poussée congestive peut être subite, étendue, entraver l'hématose au point d'amener la mort en peu d'heures.

C'est contre l'élément congestif qu'agit la quinine, administrée par la bouche, le rectum ou sous la peau. Le sulfate de quinine se donne dans du café noir ou avec l'extrait de réglisse. Chez les enfants petits et indociles, on a recours au lavement ou à la pommade; mais ces préparations sont lentes et peu fidèles. Il vaut mieux faire pénétrer le médicament par injections sous-cutanées.

Chlorhydrate de quinine 2 à 4 grammes.
Glycerine. } à à 10.
Eau..... }

On peut introduire ainsi de 0,20 à 0,40 centigrammes de médicament en injectant deux seringues de la solution, qu'on tiédit, si elle se trouble par le froid.

La quinine forme le fond du traitement, mais on lui adjoint les mouches de Milan, au niveau des divers foyers de râles ou le vésicatoire. L'auteur le fait même suppurer quelque temps.

Dans le catarrhe suffocant on a recours aux sinapismes, aux vésicatoires larges, aux ventouses scarifiées, aux sangsues, en mesurant l'intervention à l'âge de l'enfant.

Comme médicament supplémentaire on peut se servir de l'alcoolature de racine d'aconit (V à XX gouttes en 24 heures; I à II gouttes toutes les heures) dans le sirop d'ipéca composé dans la bronchite intense, dans le sirop de quinquina ou de punch, si l'état général est mauvais.

Contre l'excitation, pas d'opium, mais des bains tempérés et un peu d'antipyrine; si la toux est quinteuse, des fumigations.

Dans les cas très intenses, la quinine et l'aconit le cèdent à la caféine en injections sous-cutanées, puis à la digitale et à l'alcool. L'oxygène en inhalations fait bien mieux que les injections d'éther. H. G.

De la créoline dans l'amygdalite par M. Itzig. — C'est comme desinfectant local que l'auteur recommande les gargarismes à la créoline contre l'amygdalite folliculaire. (*Therap. Monat.* 1890, n° 9).

Il prescrit ces gargarismes avec une solution créolinée à un pour cent que l'on coupe par parties égales d'eau tiède. Ces gargarismes sont employés plusieurs fois dans la journée; ils ont pour effet de déterger la surface amygdalienne, et de diminuer rapidement l'infection et l'état fébrile. La saveur désagréable de la solution créolinée disparait en se gargarisant avec de l'eau pure. S. R.

REVUE DES THÈSES

Des différents troubles causés par l'abus du tabac, et en particulier des troubles cardiaques, par M. le Dr A. Patte (*Thèse de Lyon* 1890).

Dans ce travail inaugural, l'auteur étudie les accidents causés par l'intoxication chronique du tabac, et en particulier, les troubles des voies digestives, des organes des sens, des organes génitaux, des voies respiratoires, et surtout de l'appareil circulatoire. A ce dernier point de vue, il décrit les diverses variétés des angines de poitrine tabagiques. Il insiste encore sur les caractères des battements cardiaques et du pouls dans l'intoxication tabagique (accélération et plus souvent ralentissement du pouls, arythmies, intermittences cardiaques). R. D.

Troubles sympathiques du cœur dans les maladies de l'utérus, par Mlle Marie Roussel. (*Thèse de Paris*, 1890).

L'auteur démontre que les affections utérines, ovariennes, et péri-utérines peuvent avoir un retentissement sur le cœur. Il y aurait, en un mot, un *cœur utérin*, comme il y a un cœur gastrique, hépatique et rénal. Ces troubles cardiaques d'origine utérine, ont été signalés autrefois par Fabre (de Marseille), Teissier et Morel (de Lyon). En Allemagne, Rose a consacré un travail sur quelques cas de mort subite chez les femmes affectées de fibro-myômes, et le Dr Sebileau en a fait, en 1882, le sujet d'une revue intéressante dans la *Revue de chirurgie*. Le retentissement cardiaque des affections utérines se traduit par des attaques d'asystolie, des palpitations, des syncopes; il peut être latent et ne se révéler qu'à l'examen de la région précordiale par l'auscultation et la percussion. Quant à l'interprétation pathogénique des principaux désordres cardiaques, on la trouve dans l'accroissement réflexe de la tension vasculaire dans le poumon, dans l'influence morale et la gêne mécanique. Au point de vue pratique, la connaissance de ces faits est importante, parce qu'elle permet d'instituer l'indication causale du traitement. R. D.

Variabilité et différentes modalités du souffle révélateur de l'insuffisance aortique. par M. le Dr Marqueyrol. (*Thèse de Lyon*, 1890).

Dans cette thèse, l'auteur démontre, une fois de plus, que le bruit de souffle révélateur de l'insuffisance aortique est variable quant à son intensité et à son siège. Il peut être modifié par les changements d'attitude du malade, ce qui augmente les difficultés du diagnostic avec les souffles extra-cardiaques diastoliques. Il peut être modifié quant à son siège, et c'est ainsi qu'on peut l'entendre exclusivement à la pointe. Dans ce cas, il s'agirait le plus ordinairement d'une insuffisance aortique légère, comme celle qui résulte, par exemple, d'une petite perforation valvulaire. R. D.

Etude sur les bruits de la pointe dans l'insuffisance aortique, par M. le Dr St-Cyr de Montlaur. (*Thèse de Paris*, 1890).

Les conclusions de ce mémoire sont à peu près semblables à celles du précédent travail. Il étudie les bruits de la pointe qui ne sont souvent autre chose que la propagation des bruits de la base à la pointe, et d'autres bruits de la pointe indépendants de ceux de la base et qui tiennent, tantôt à une affection mitrale concomitante, tantôt à des modalités particulières de la contraction ventriculaire.

Etudes du mécanisme de la mort dans l'insuffisance aortique, par M. le Dr Charles Corbizier. (*Thèse de Paris*, 1890).

La fréquence de la *mort subite* dans l'insuffisance aortique a été démontrée en 1860 dans la thèse remarquable et classique de Mauriac, après avoir été simplement signalée par MM. Morgagni, Gendrin, Briquet et Aran. Inutile de revenir sur toutes les théories émises au sujet de la pathogénie de cette mort subite (ischémie du myocarde par oblitération des coronaires, lésions du plexus cardiaque, angine de poitrine, etc.) — On observe également la mort *lente* par asystolie. — Mais, les malades atteints de cette affection, ne meurent pas seulement par le cœur, ils meurent aussi par le *cerveau* (embolie, thrombose ou hémorragie cérébrale); par le *rein* (sclé-

Digitized by Google

rose rénale) ; par le *foie* (cirrhose hépatique, asystolie hépatique) ; enfin, par le *poumon*, ce qui est relativement rare (infarctus pulmonaires, etc.). L'étude de ces causes diverses de la mort dans la maladie de Corrigan est importante au point de vue des différentes indications du traitement. R. D.

Etude clinique des localisations angio-cardiaques de la fièvre typhoïde, par M. le Dr S. Lacombe (*Thèse de Paris*, 1890).

L'auteur revient avec raison sur une question qui a été étudiée en France par Hayem et par Desnos et Huchard en 1870, pour la fièvre typhoïde, la variole et toutes les pyrexies infectieuses et qui a été ensuite confirmée quinze ans plus tard (en 1885), par MM. Landouzy et Siredey. Ce ne sont donc pas ces deux derniers auteurs qui ont démontré l'existence des lésions angio-cardiaques de la variole ou de la fièvre typhoïde, comme paraît le supposer l'auteur de cette thèse ; mais, ils ont eu le mérite de dire que les lésions myocarditiques ou artérielles de la fièvre typhoïde pouvaient, à la longue et après plusieurs années, laisser des traces profondes et créer ainsi pour l'avenir un véritable état cardiaque. Cette assertion, au moins en ce qui regarde la grande fréquence des cardiopathies post-typhiques à longue échéance, a encore besoin d'être démontrée par un plus grand nombre d'observations. En tous cas, les troubles cardiaques des fièvres si complètement décrits pendant la variole par MM. Desnos et Huchard et rapportés par eux, il y a 20 ans, à l'inflammation du myocarde et de ses artères, peuvent, d'après l'auteur, Landouzy et Siredey, persister, soit sous forme de souffles, d'hypertrophies du cœur, ou d'irrégularités dans le rythme cardiaque. R. D.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

OPHTALMOLOGIE

Du traitement du glaucome

Dans le tableau schématique annexé à l'ouvrage de Fuchs sur les causes et la prévention de la cécité, le glaucome occupe le troisième rang dans l'étiologie de la cécité, la première et la deuxième place étant tenues, sans partage, par l'ophtalmie purulente des nouveau-nés et la conjonctivite granuleuse.

Je laisserai de côté le glaucome chronique simple, dont le diagnostic ne peut être fait que par l'examen ophtalmoscopique, et contre lequel les moyens thérapeutiques, que nous possédons actuellement, n'ont qu'une bien médiocre efficacité. C'est à se demander même s'il y a un réel lien de parenté entre le glaucome chronique simple et les deux autres formes de glaucome qui sont tout à fait justiciables d'une thérapeutique active. Néanmoins, un mot en passant à ce sujet. Dans le glaucome chronique simple, la vue baisse progressivement et sans que le malade souffre. Celui-ci fait part à son médecin habituel de la diminution de son acuité visuelle. « Ce n'est rien, lui est-il répondu, une maladie de votre âge, la cataracte ; lorsque vous n'y verrez plus, vous irez vous faire opérer. » Quelques mois après, la vue est complètement perdue, le malade, suivant les instructions qui lui ont été données, va trouver un spécialiste pour se faire opérer de la cataracte. Etonnement de celui-ci qui répond qu'il n'y a pas de cataracte à opérer, mais un glaucome incurable. Le patient se retire mécontent de son médecin, qui se serait évité cet ennui, soit en s'assurant par lui-même s'il y avait ou non cataracte, soit en envoyant son malade plus tôt chez un spécialiste. Ceci dit sur ce petit point de pratique, j'arrive au glaucome aigu qui intéresse tout particulièrement le médecin praticien : soigné et bien soigné à temps, il guérit presque toujours ; non soigné, et surtout traité à contretemps, il entraîne fatalement la cécité absolue et irrémédiable.

Tout d'un coup, généralement au milieu de la nuit, un malade, homme ou femme, presque toujours arthritique, est réveillé par une douleur atroce qui prend tout un côté de la tête, quelquefois les deux, et dont l'œil est le point de départ. La vision est complètement et instantanément perdue du côté de l'œil malade. La conjonctive est rouge, les vaisseaux ciliaires sont engorgés et tortueux. *La pupille est fortement dilatée*, j'insiste sur ce signe, *et ne réagit pas à l'action de la lumière*. De toutes les maladies de l'œil, à apparence inflammatoire (dans le glaucome il n'y a pas inflammation) le glaucome est la seule où la pupille soit dilatée ; dans la conjonctivite aiguë, dans l'iritis, la pupille est toujours fortement contractée. Puis, *autre signe très important, au toucher* le globe de l'œil présente la *dureté d'une bille de marbre*. Supposez la conjonctivite la plus intense, l'iritis la plus aiguë ; jamais, indépendamment des autres signes, l'œil ne donne cette sensation de dureté de bille de marbre caractéristique d'une poussée glaucomateuse aiguë. Les douleurs sont spontanées et continues ; la pression sur le globe de l'œil ne les provoque, ni ne les exaspère.

La cornée est tout à fait insensible, on peut la frotter avec un corps étranger quelconque, le malade n'accuse aucune sensation.

Si l'on pousse l'examen plus loin, on s'assure avec le miroir ophtalmoscopique que l'œil est absolument inéclairable. L'examen du champ visuel ne présente aucun intérêt, la vision est complètement abolie.

En résumé, brusquerie du début, perte instantanée de la vision, *dilatation de la pupille*, engorgement des vaisseaux ciliaires et conjonctivaux, *dureté du globe de l'œil* comparable à celle d'une bille de marbre, *anesthésie de la cornée*, impossibilité d'éclairer le fond de l'œil, tels sont les signes non douteux d'une attaque de glaucome aigu et qui différencient absolument cette affection de toutes les autres.

Si l'on n'intervient pas immédiatement, la vision est irrémédiablement perdue. La première chose à faire est d'instiller de suite un *collyre à l'ésérine :*

Sulfate neutre *d'ésérine*.....	0 10 centigr.
Eau distillée.....	15 grammes.

Répéter cette instillation au moins quatre fois dans les vingt-quatre heures.

Le sulfate d'atropine doit être absolument interdit. Et puis, il faut intervenir chirurgicalement. Si, pour une raison quelconque, l'intervention chirurgicale est retardée de quelques heures, aux instillations d'ésérine il faut joindre une application de cinq sangsues à la tempe du côté de l'œil malade.

L'opération de choix est l'*iridectomie*. A cause de l'énorme tension intra-oculaire, elle présente souvent de très grosses difficultés, et expose à de grands dangers,

Digitized by Google

si l'on ne s'entoure pas de toutes les précautions désirables.

D'abord, l'anesthésie chloroformique doit être de règle. L'œil est trop douloureux, trop sensible pour que la cocaïne puisse agir ; et, de fait, elle n'agit pas du tout sur l'iris. Et puis, dans les cas de glaucome aigu, j'ai pris comme règle de conduite, ou de pratiquer une sclérotomie avant l'iridectomie, ou de faire l'iridectomie suivant un procédé spécial que j'indiquerai plus loin.

En effet, si dans un glaucome foudroyant, on voulait pratiquer une iridectomie absolument classique, la détente serait tellement brusque que les accidents consécutifs à l'iridectomie (luxation du cristallin, hémorragies profuses, etc.), enlèveraient tout le bénéfice de l'opération. J'insiste à dessein sur ce point, car l'iridectomie devant guérir le glaucome et rendre la vue au patient, il est indispensable que le médecin sache bien que cette iridectomie présente des dangers tout spéciaux, qu'elle doit donc être exécutée suivant des règles spéciales et qu'il n'y a aucun rapport entre une iridectomie optique, par exemple, pratiquée pour créer une pupille artificielle, et l'iridectomie antiphlogistique destinée à lutter contre le glaucome foudroyant. A mon avis donc, la sclérotomie doit précéder l'iridectomie, de quelques minutes ou de quelques heures, suivant le cas. Le malade étant anesthésié, et l'œil fortement cocaïné tout au moins pour insensibiliser les couches les plus superficielles, une ponction est pratiquée avec un couteau de Grœfe à 1 millim. 1/2 du limbe cornéo-sclérosé ; le couteau pénètre dans la chambre antérieure, la traverse et sort au point diamétralement opposé, de façon que le dos du couteau forme la corde d'un arc dont la flèche aurait 3 millim. de hauteur.

On retire alors le couteau lentement, *très lentement*, de façon à ce que la détente soit aussi douce que possible, et on agrandit légèrement l'ouverture d'entrée, au niveau de la ponction. Tel est le procédé de sclérotomie, que j'ai décrit en 1881, et qui m'a constamment réussi. D'une exécution très facile dans les cas simples, il est malaisé à mettre à exécution dans les yeux à tension exagérée, à cause de l'absence presque complète de chambre antérieure.

De plus il est insuffisant dans les cas de glaucome aigu. Il faut donc le faire suivre de l'iridectomie. Celle-ci peut être pratiquée cinq ou six minutes après la sclérotomie, lorsque la chambre antérieure est reformée, ou le lendemain seulement.

Pas plus pour la sclérotomie que pour l'iridectomie, étant donnée la tension de l'œil, je ne fais usage de l'écarteur à ressorts. C'est un aide exercé qui écarte les paupières, de façon à pouvoir les lâcher à la moindre injonction de l'opérateur.

Puis, saisissant légèrement la conjonctive avec une pince à fixation sans cran d'arrêt, à l'aide d'un couteau lancéolaire je pratique une ponction, à l'union de la cornée et de la sclérotique, empiétant légèrement sur le terrain slérotical, je pousse doucement le couteau dans la chambre antérieure, jusqu'à ce que la pointe ait atteint le centre de la pupille, en ayant bien soin qu'elle ne touche ni l'iris, ni la cornée, ni la cristalloïde antérieure, et je le retire de même. Saisissant alors l'iris avec une pince courbe à griffes, je l'attire au dehors, sans abandonner ma pince à fixation, et fais sectionner le lambeau iridien par l'aide.

La section cornéo-scléroticale peut être pratiquée indifféremment à l'aide du couteau lancéolaire ou du couteau de Grœfe.

Il est des cas où la tension est tellement exagérée que l'iris vient faire hernie à travers la ponction de la sclérotomie préliminaire. Dans ce cas, on ne fait pas de contre-ponction ; on agrandit la plaie de ponction à l'aide de petits mouvements de scie, faits très lentement, et on excise le lambeau iridien attiré entre les lèvres de cette plaie scléroticale, comme je l'ai indiqué dans un travail antérieur (1).

L'intervention chirurgicale exige donc, dans les cas de glaucome suraigu, foudroyant, des précautions spéciales.

L'essentiel pour le patient est que son médecin habituel diagnostique de suite son affection à l'aide des signes précis que j'ai donnés plus haut, intervienne lui-même, s'il se croit en mesure d'en prendre la responsabilité, ou fasse intervenir un chirurgien plus habitué à ce genre d'opération. Quel que soit le mode d'intervention, le médecin de la famille aura rendu à son malade un service signalé en sachant reconnaître la terrible maladie dont il est atteint, et en la faisant soigner, sans perdre une seule minute.

La seconde forme de glaucome (glaucome irritatif subaigu) est plus fréquente que la précédente. Elle a l'avantage sur le glaucome suraigu d'avoir une marche moins foudroyante. Elle permet au médecin de faire son diagnostic à tête plus reposée et d'avoir plus de répit pour l'intervention chirurgicale, à la condition toutefois que le *collyre à l'ésérine* soit immédiatement employé, à l'exclusion de tout autre ; le collyre de l'atropine ne ferait qu'activer la marche de l'affection et transformerait un glaucome subaigu en glaucome foudroyant. C'est là un fait *sans exception* et de la vérité duquel tous les médecins devraient bien se pénétrer. Il vaut mieux, à mon avis, employer l'ésérine à contretemps que de ne pas en faire un usage dans le glaucome.

Le glaucome irritatif est souvent précédé de prodromes qui doivent attirer l'attention. Le premier est la diminution de l'amplitude d'accommodation ; la presbytie augmente si le malade a dépassé la quarantaine, ou l'hypermétropie se dévoile si elle avait été latente jusque là. Un des phénomènes précurseurs les plus importants est l'apparition de cercles colorés ou d'arcs-en-ciel autour des flammes ; les malades s'en aperçoivent souvent lorsque, se réveillant au milieu de la nuit, ils mettent le feu à une allumette. L'acuité visuelle baisse légèrement ; même avec des verres correcteurs, la lecture devient difficile. L'examen ophtalmoscopique ne donne en général pas de données positives à cette période ; il est très rare qu'on puisse à ce moment constater une légère déviation des vaisseaux au bord de la pupille. Mais un symptôme très important est le rétrécissement

(1) *Annales d'Oculistique*. (Oct. 1888).

Digitized by Google

du champ visuel nasal. Ajoutez à cela quelques douleurs ciliaires et frontales, la dilatation de la pupille, et le glaucome prodromique sera constitué. En résumé, diminution légère de l'amplitude d'accommodation, arcs-en-ciel autour des flammes, diminution de l'acuité visuelle, rétrécissement du champ visuel nasal, douleurs frontales et périorbitaires, dilatation de la pupille, tous signes qui n'appartiennent qu'au début du glaucome.

Puis, tout à coup, éclate une attaque, en tous points semblable à celle du glaucome foudroyant. La vision n'est pas complètement perdue, les douleurs sont un peu moins vives; mais, en somme, les deux attaques se ressemblent énormément. Comme dans le glaucome foudroyant, la pupille est largement dilatée, la cornée est terne, le fond de l'œil inéclairable, et le globe de l'oculaire offre la dureté caractéristique de la bille de marbre. Si l'on pratique à ce moment une iridectomie, on obtient une guérison complète; c'est la plus belle application de l'iridectomie, qui, à elle seule, aurait suffi à immortaliser le nom de Græfe. Si, au contraire, l'on n'intervient pas, les attaques se répètent chaque jour; le malade continue à souffrir, l'œil reste dur, la pupille se dilate de plus en plus, les vaisseaux ciliaires restent engorgés de troncs variqueux qui serpentent sous la conjonctive, puis les phénomènes irritatifs diminuent; lorsque l'on examine cet œil à l'ophtalmoscope, on constate l'existence d'une pupille fortement excavée, à fond blanchâtre et à bords taillés à pic; les vaisseaux coudés sont déjetés du côté temporal (image renversée), et la vision est et reste irrémédiablement perdue. Quelque temps après, le cristallin s'opacifie et il se forme une cataracte inopérable. Quelquefois, au lieu de présenter ce caractère continu, les attaques de glaucome se succèdent à intervalles plus ou moins éloignés et avec moins d'intensité. Après une première attaque, tout rentre dans l'ordre; la pupille seulement reste dilatée et l'acuité visuelle baisse. Une seconde attaque se produit, et l'on constate une nouvelle diminution de l'acuité de vision, qui ne remonte jamais au degré où elle était avant ce deuxième accès. D'attaques en attaques, l'œil se perd définitivement et de la même façon que dans le glaucome à accès continus.

Si l'on est consulté dans la période prodromique, il faut tout de suite faire instiller le collyre au sulfate neutre d'ésérine et ne pas tarder à intervenir. Malgré l'ésérine, une attaque aiguë peut éclater, et l'opération devient moins aisée. L'iridectomie est toujours l'opération de choix. L'œil n'ayant qu'une tension faiblement exagérée, la sclérotomie préliminaire devient inutile. La sclérotomie seule peut-elle suffire? Je ne le pense pas. Je considère la sclérotomie comme une opération d'attente et comme l'adjuvant de l'iridectomie. Quant au glaucome franchement constitué, qu'on voie le malade au moment de l'attaque ou dans l'intervalle de deux attaques, il n'y a pas à hésiter non plus; la sclérotomie d'abord, si l'œil est fortement tendu et la chambre antérieure très effacée, et l'iridectomie, soit immédiatement après la sclérotomie, soit le lendemain ou le surlendemain au plus tard.

La formule du traitement du glaucome est donc et dans tous les cas:

1° Instillations répétées d'un collyre au sulfate neutre d'ésérine;

2° Abstention absolue de l'atropine;

3° Iridectomie, précédée ou non de la sclérotomie, suivant les cas.

A. Dehenne.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

MALADIES DES ENFANTS

I. **Des règles thérapeutiques à observer dans un cas de coqueluche.** — On les formule ainsi en s'inspirant de la pratique de Archambault, J. Simon, Cadet de Gassicourt et Descroizilles.

1re *période*: Séjour à la chambre et au lit. Employer la belladone associée ou non à l'opium, comme dans la mixture suivante:

Alcoolature de racine d'aconit....
Teinture de belladone.....
Elixir parégorique.....
} àà 5 grammes.

Dose quotidienne: X à XXX gouttes, suivant l'âge. (J. Simon).

S'il existe de l'état fébrile on augmentera la proportion d'aconit et, s'il existe du catarrhe intestinal, on élèvera celle de l'élixir parégorique.

2e *période*: Ce sera celle des vomitifs et parmi eux de l'ipécacuanha, du narcisse des prés. On combattra aussi la dyspepsie.

3e *période*: On traitera l'adénopathie trachéo-bronchique: huile de foie de morue, iode, toniques, eaux arsénicales du Mont-Dore, etc.

CHIRURGIE

II. **Traitement des abcès froids par l'émulsion d'iodoforme.** — Ce topique aurait l'avantage, d'après Billroth, de causer des douleurs moins vives que l'éther iodoformée.

Voici la technique adoptée par ce chirurgien:

1° Ouverture de l'abcès suivant son plus grand diamètre et frictions sur les parois de sa cavité avec un tampon de gaze iodoformée.

2° Lavage de la cavité avec la solution de sublimé au trois millième et au besoin grattage des foyers osseux.

3° Suture de la plaie, en laissant une ouverture par laquelle on introduit l'émulsion suivante:

Glycérine..... 100 grammes.
Iodoforme..... 10 —

On peut encore injecter ce liquide au moyen d'un tube à drainage. S. R.

CORRESPONDANCE DES DÉPARTEMENTS

Menton, 23 janvier 1891.

Spécialisation thérapeutique de la Bryone

Voilà bon nombre d'années que j'emploie la bryone et que j'en constate les précieux effets. Aussi la défaveur dans laquelle ce médicament est tombé de nos jours me paraît-elle d'autant plus regrettable qu'elle est moins justifiée. M. le Dr Henri Huchard a donc été heureusement inspiré en s'efforçant dans son

Digitized by Google

article rétrospectif sur l'histoire de la bryone (1) de soustraire à l'oubli cet agent pharmacentique qui, administré *dans des états morbides nettement définis*, peut rendre de grands services.

Ce n'est pas sans intention que je souligne cette dernière indication : car c'est justement la multiplicité de ces applications médicales qui, selon moi, explique le discrédit qui pèse sur la portée thérapeutique de la bryone. A force d'être bon à tout, un remède finit par n'être plus bon à rien. L'histoire de bien des médicaments en témoigne. Ainsi successivement préconisée au temps d'Hippocrate comme purgatif hydragogue et diurétique, plus tard comme éméto-cathartique et antiphlogistique dans les inflammations des organes respiratoires, plus particulièrement dans la coqueluche à la période catarrhale, la bryone se trouve finalement figurer dans la thérapeutique, comme anti-fébrile. Il n'est donc pas surprenant que le clinicien conçoive quelque méfiance sur la valeur réelle d'un médicament applicable à une série de maladies qui n'ont, entre elles, aucun lien pathogénique. Trousseau et Pidoux classent la bryone comme un simple succédané du colchique. M. Dujardin-Beaumetz lui a porté le coup de grâce dans son formulaire en l'inscrivant sous l'estampille : *Inusité*. Quant à Bouchardat, il ne lui fait même pas l'honneur de la mentionner. Dans tous les cas, ce n'est point, on le voit, par pauvreté d'applications médicales, mais bien plutôt par défaut de spécialisation thérapeutique, que la bryone se trouve ainsi rayée de la matière médicale. Or, cette spécialisation existe ; elle découle des recherches expérimentales faites, il y a quelques années, à Vienne et en Angleterre. L'autopsie des animaux empoisonnés par la bryone a, en effet, démontré que ce médicament possède une affinité élective toute spéciale pour les membranes séreuses enveloppantes ou non enveloppantes (arachnoide, plèvre, péricarde, endocarde, péritoine) et pour les séreuses articulaires. Sous son influence elles se congestionnent et s'enflamment. Cette hypérémie pathogénétique fut également constatée, mais à un degré moindre, sur la muqueuse gastro-pulmonaire et trachéo-bronchique. Enfin, administrée sur l'homme à l'état physiologique, la bryone produisit des douleurs intercostales (pleurodyniques) et pleurales avec hyperthermie. Les petites articulations devinrent plus particulièrement le siège d'une tuméfaction douloureuse. Depuis que les tendances électives de la bryone pour le système séreux et musculaire ont été prouvées par l'expérimentation physiologique, j'ai eu fréquemment recours avec succès à l'emploi de cet agent dans les cas où les moyens généralement usités restaient impuissants. J'indiquerai spécialement aux praticiens les névralgies-intercostales (pleurodynie) et les douleurs précordiales qui procèdent de l'endocardite rhumatismale. Dans ce dernier cas, l'action régularisatrice de la bryone et sa valeur sont vraiment remarquables. J'ai vu disparaître en quelques heures une arthrite *non goutteuse* du genou. C'est bien évidemment par voie d'irritation substitutive que procède la bryone dans ces différents états pathologiques. D'ailleurs, en médecine, faisons-nous la plupart du temps autre chose que de la substitution ?

Je ne fatiguerai pas l'attention par l'énumération fastidieuse des faits observés à l'appui; qu'il me suffise d'en résumer la résultante clinique en établissant, que la bryone a pour spécialisation thérapeutique, les phlegmasies des séreuses splanchiniques et articulaires et les affections rhumatismales et rhumatoïdes.

Dr Cazenave de la Roche.

(1) Voir la *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, n° 1, 7 janvier 1891

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES FRANÇAISES

Société de thérapeutique (14 janvier 1891). — I. *Traitement de la pleurésie purulente.* — **Société de médecine légale** (12 janvier 1891).— II. *De la valeur du gonocoque de Neisser en médecine légale.* — **Société des sciences médicales de Lyon** (décembre 1890). — III. *Symptômes et diagnostic de l'uvéité irienne.*

I. **Traitement de la pleurésie purulente.** — Depuis que l'empyème a pris une place plus grande dans la médication de cette maladie, chacun a voulu, plus ou moins, en faciliter l'emploi.

En premier lieu, on s'efforce, par une ponction exploratrice, d'en établir le diagnostic. C'est classique et presque banal. En second lieu, dès que l'examen bactériologique du liquide ponctionné en a établi la nature, il faut intervenir antiseptiquement ; cela va de soi. Mais comment ?

M. C. Paul adopte une méthode en deux temps et procède ainsi :

1° Ponction évacuatrice avec le trocart de Reybord ou un trocart de gros calibre.

2° Si, vers la fin de la ponction, la consistance du liquide en retarde l'écoulement, lavage pleural.

3° Après l'évacuation de ce liquide, introduction, dans le trocart, d'un stylet servant de conducteur; incision de la paroi thoracique d'une étendue de cinq, six ou sept centimètres ; drainage avec deux gros tubes montés sur une plaque de caoutchouc ; enfin pansement antiseptique.

4° Irrigation continue avec un syphon.

La pleurotomie antiseptique en deux temps est-elle préférable à la pleurotomie d'emblée ? Non, d'après MM. Bucquoy et Dujardin-Beaumetz. Celui-ci estime que l'anesthésie locale par la cocaïne permet de préférer la seconde de ces opérations à la première et de ne pas redouter le danger d'une évacuation trop rapide du pus. C'est aussi l'opinion de M. Bucquoy, qui reproche, au procédé de M. C. Paul, de ne pas faciliter suffisamment l'écoulement de ce liquide. Une incision large et des drains volumineux réalisent mieux cette condition. C'est contester le mérite du procédé préconisé par M. C. Paul, qui, du reste, avoue la nécessité d'enlever les tubes s'il y a écoulement insuffisant et afin de faciliter l'issue des fausses membranes.

II. **De la valeur des gonocoques de Neisser en médecine légale.** — Faut-il considérer ces micro-organismes comme des agents spécifiques certains de la blennorrhagie? On l'avait admis et on avait espéré ainsi reconnaître facilement la nature suspecte d'un écoulement blennorrhagique.

On comptait aussi faire de la présence de ces microbes, dans les écoulements vulvaires des petites filles, un signe de présomption dans l'hypothèse d'un viol. C'est une erreur d'après Froakel, dont MM. Bordas et Vibert confirment l'opinion par leurs observations personnelles.

Ils ont examiné l'écoulement vulvaire de six petites filles qui avaient été victimes de violences. Ils examinèrent à ce même point de vue les auteurs de ces attentats. Aucun d'eux ne présentait d'écoulement blennorrhagique et, cependant, il existait des gonocoques dans la sécrétion vulvaire de leurs victimes. Ces gonocoques étaient identiques, par leur morphologie et leurs réactions à ceux du pus blennorrhagique.

Qu'en conclure? Sinon que les gonocoques dans le pus ne suffisent point pour en établir la provenance suspecte. Cette conclusion intéresse donc tout autant le légiste que le clinicien et tendrait à prouver que le gonocoque n'est point l'agent pathogène nécessaire et unique de la blennorrhagie.

III. **Symptômes et diagnostic de l'uvéité irienne.** — Cette variété d'iritis mérite, d'après M. Grandclément, d'être catégo-

Digitized by Google

risée à part, car elle diffère de l'uvéité par ses lèsions, ses symptômes et ses indications thérapeutiques.

Anatomiquement, dans l'uvéité, l'uvée seule est prise. Dans l'iritis, toutes les couches de l'iris sont atteintes. Les lésions se localisent donc sur la couche épithéliale en pressant la face postérieure de l'iris.

Ses symptômes sont insidieux dans leur manifestation. Pas de cercle vasculaire périkératique, point de douleurs ciliaires postérieures, point de resserrement pupillaire, enfin point de teinte terne de la face antérieure de l'iris. Il se forme lentement des synéchies postérieures, la vision diminue graduellement et on attend longtemps sans intervenir. On ne trouve point d'antécédents syphilitiques ou rhumatismaux; et très souvent, symptôme trompeur, la pupille continue de réagir à l'atropine parce que les adhérences sont partielles.

Le traitement est le suivant. Existe-t-il des adhérences étendues? On pratiquera l'iridectomie comme dans un cas de synéchie postérieure consécutive à une iritis parenchymateuse. Néanmoins la vision demeure compromise.

Peut-on intervenir plus tôt? Il faut alors détruire les synéchies à mesure de leur formation. M. Grandclément pratique dans ce but deux ouvertures très petites avec un couteau de Grœfe; détache les adhérences capsulaires de l'iris avec une pince à griffes, évite la hernie irienne, instille de l'atropine et désinfecte momentanément le cul-de-sac conjonctival avant et après l'opération.

C'est l'opération de Pessavant modifiée. Inutile de dire qu'il faut lui préférer l'iridectomie contre les adhérences de l'iritis vraie et si la vitalité oculaire est compromise. L. D.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 10 *novembre* 1890
Présidence de M. le Dr Michel Daneac

La correspondance imprimée comprend :

Gazette de gynécologie; la *Gazette médicale de Paris*; un ouvrage intitulé *Hygiène de l'enfance*, par le Dr E. Périer.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

A propos du procès-verbal, M. Julliard fait quelques remarques sur l'administration du chloroforme. Deux fois, dit-il, j'ai eu, à mon corps défendant, à donner le chloroforme pour des opérations chirurgicales faites à des amis. La première fois j'assistais le Dr Richard; l'opération fut longue, le malade n'en souffrit pas, et cependant il n'était pas entièrement endormi. De temps en temps je lui donnais un peu de chloroforme, juste assez pour qu'il n'en souffrit pas, mais sans obtenir un sommeil complet.

Dans un autre cas, c'était le Dr Péan qui pratiquait l'opération. Malgré l'insistance qu'il apportait à me faire donner du chloroforme en plus grande quantité, je ne le donnai qu'à petites doses; mon ami ne sentait rien, et cependant il n'était pas endormi, car tout le temps de l'opération il me causa. Je crois donc que l'on pourrait dans l'administration du chloroforme se contenter de cette anesthésie relative, sans pousser jusqu'au sommeil complet.

M. Routier. — Je crois être d'accord avec tous les chirurgiens en m'inscrivant contre la conclusion de notre collègue M. Julliard, et en disant qu'il est plus dangereux d'opérer sur un individu incomplètement endormi, que sur celui qui est arrivé à l'anesthésie complète. Mais il est un autre point sur lequel je désire revenir aussi. M. Desnos dit dans son observation qu'il n'a donné à son malade qu'une petite quantité de chloroforme, grâce à l'administration préalable d'une injection d'atropomorphine. J'ai fait plus de cinquante fois cette administration préalable de l'atropomorphine, sans aucun avantage; j'ai plutôt observé des accidents, et en tous cas je n'ai pas constaté qu'il fallût notablement moins de chloroforme pour produire l'anesthésie.

M. Schwartz — Je suis absolument de l'avis de mon collègue M. Routier au sujet de la chloroformisation; il est dangereux de commencer l'opération avant qu'une anesthésie complète ne soit réalisée. C'est à cette période préparatoire que l'on a surtout observé les accidents dus au chloroforme.

M. Poiteau, à propos du procès-verbal de la dernière séance, écrit pour répondre aux objections faites à son mémoire sur le traitement des étranglements herniaires. On ne peut, dit il, mettre en doute les faits et les résultats que j'ai produits; en outre, il n'est pas plus irrationnel de libérer les adhérences intestinales, que de détruire les adhérences des kystes de l'ovaire, ce que l'on fait si fréquemment dans l'ovariotomie.

M. Routier. — Je n'ai pas un seul instant mis en suspicion les faits de notre confrère, et il est bien loin de ma pensée de les révoquer en doute. Les résultats de notre confrère ont été heureux, je ne le nie en aucune sorte; mais ce que j'ai voulu dire, c'est que, malgré ces heureux résultats, je ne crois pas que la conduite opératoire de notre confrère doive être suivie.

Il n'y a pas à mon avis de rapprochement à faire entre la libération d'une anse intestinale malade dans une hernie étranglée et la libération des adhérences d'un kyste de l'ovaire. Celle-ci est rationnelle, et encore qu'elle nous inspire des craintes sérieuses au point de vue du pronostic opératoire, il faut la faire. Mais libérer les adhérences d'une anse intestinale, c'est courir au devant du danger pour s'y exposer. Je laisse de côté la suture intestinale; c'est une question qui n'est pas encore complètement élucidée.

M. Tripet communique un cas de **Kyste séreux ganglionnaire du cou** (voir: nº 52, décembre 1890), traité par M. Schwartz, par la ponction évacuatrice avec injection iodée, et guéri.

M. Potherat. — Je demanderai à M. Tripet sur quoi il se fonde pour admettre la nature ganglionnaire de ce kyste séreux? En effet, les kystes séreux ganglionnaires, s'ils existent, sont fort rares. Adolphe Richard avait admis la possibilité de cette variété de kyste; mais, après lui, elle a été niée absolument. Cependant elle existe, et M. Albarran en a présenté, en 1885, un exemple indéniable à la Société anatomique. La tumeur avait été opérée par M. Campenon, et l'examen histologique pratiqué par M. Albarran a révélé dans la paroi trois couches: un revêtement interne d'épithélium pavimenteux stratifié, une couche externe très riche en fibres musculaires lisses, fort pauvre d'éléments élastiques, et une couche intermédiaire nettement adénoïde. J'ajouterai que le contenu était un liquide séreux et non hématique, légèrement granuleux. C'est là, bien certainement, un kyste ganglionnaire, mais c'est un fait fort rare dans la bibliographie médicale; le cas ancien de Muran est des plus douteux, en raison de l'absence d'un revêtement épithélial, et le fait de M. Terrillon, présenté à la Société de chirurgie, en 1883, comme un kyste séreux ganglionnaire, n'est pas hors de conteste, sa structure n'est pas démonstrative, et Trélat, Le Dentu, Lannelongue lui contestèrent cette nature. C'est pourquoi je me demande si, dans le cas présent, il s'agissait bien d'un kyste séreux ganglionnaire.

M. Schwartz. — Je suis heureux que cette question de pathogénie ait été soulevée, car elle me permet de dire sur quoi je me suis appuyé pour admettre l'origine ganglionnaire. C'est que la tumeur évacuée, on sentait nettement à son niveau, dans la paroi, des ganglions, et que tout auprès il en existait un très appréciable. D'autre part, nous ne pouvions, en raison du siège, de l'aspect et des conditions extérieures de cette tumeur, admettre ni un kyste salivaire ni un kyste développé, soit aux dépens du corps thyroïde, soit même aux dépens d'un lobule erratique de cet organe.

Digitized by Google

J'ajouterai que j'ai observé et guéri, par la ponction avec injection iodée, il y a huit ans, un autre cas de kyste séreux du cou, chez une femme de 60 ans. Il existait, à proprement parler, dans cet autre cas, deux collections indépendantes avec une série de ganglions interposés semblant présenter des états intermédiaires à l'état dur et à l'état kystique.

Le cas de M. Tripet me rappelait absolument ce cas, sauf que la nature du liquide était un peu différente.

J'avais, dans les deux cas, proposé l'ablation qui me paraissait être la méthode sûre de guérison ; elle ne fut pas acceptée, pour des raisons diverses, et la guérison fut très simplement obtenue par l'injection iodée.

En somme, je crois fermement qu'il s'agit bien là d'un kyste développé dans un ganglion.

M. Potherat. — La présence de ganglions au contact ou à la périphérie de la tumeur n'est peut-être pas absolument concluante pour affirmer la nature ganglionnaire du kyste. Je ferai remarquer, en outre, que le contenu du kyste était un liquide hématique ; cela a été observé plusieurs fois et a conduit quelques auteurs à admettre que ces kystes pouvaient avoir une origine *vasculaire*.

Quant à l'opération, elle ne laisse pas que d'être laborieuse ; ces kystes adhèrent au paquet vasculo-nerveux du cou, que l'on est obligé de disséquer péniblement. C'est ce qui s'est passé dans deux cas qui ont été récemment signalés à la Société anatomique par MM. Walther et Broca, et c'est ce qui s'était présenté dans le cas de M. Campenon.

Enfin, j'ajouterai, en terminant, que l'on n'observe pas toujours un résultat heureux à la suite de l'injection iodée.

Pendant les vacances dernières, j'ai eu l'occasion d'observer, à l'hôpital Necker, un de ces grands kystes du cou, chez un homme de 70 ans. La poche contenait 450 grammes d'un liquide hématique ; on avait pu, en raison de l'âge du malade et du développement rapide, croire à un néoplasme ; mais il fut facile de se rendre compte qu'il n'y avait là qu'une vaste poche développée à la face profonde du sterno-cléido mastoïdien, au contact du paquet vasculo-nerveux. L'injection iodée a été faite ; elle n'a pas amené la guérison ; le liquide s'est reproduit malgré 7 à 8 ponctions ultérieures ; en outre, bien qu'il n'y ait aucun développement néoplasique, le malade dépérit, et il est permis d'entrevoir un résultat peu favorable.

M. Gautrelet fait une communication sur **l'Hygiène et l'eau potable.**

Le Secrétaire,
E. Potherat.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 janvier 1891.

Présidence de M le Dr Horteloup

De l'intervention chirurgicale dans les gangrènes spontanées. — M. Reynier lit l'observation suivante que M. Schmidt, médecin-major, a envoyée à la Société. Un jeune soldat est atteint le 16 novembre d'un érysipèle de la face qui ne tarde pas à se compliquer d'accidents infectieux graves ; diarrhée profuse, adeno-phlegmon sous-maxillaire qu'il fallut ouvrir ; enfin, le 18 décembre, douleurs subites, violentes dans la jambe droite. Le lendemain, les battements étaient supprimés dans la pédieuse et l'artère poplitée droites ; toute la jambe était frappée de gangrène spontanée. Du côté du cœur, on constatait un léger souffle systolique à l'orifice aortique. Un sillon séparant le mort du vif ne tarda pas à apparaître au-dessous de la rotule. L'état général devenait grave, le malade s'affaiblissait de jour en jour ; M. Schmidt pratiqua l'amputation de la jambe au niveau de la tubérosité antérieure du tibia sur la limite des parties saines, après avoir assuré l'hémostase par la bande d'Esmarch. Pendant l'opération, il constata que la poplitée était oblitérée par un caillot qu'il retira et il fit la ligature au-dessus de ce caillot. Les suites immédiates furent assez simples, sauf une suppuration légère ; mais sept jours après l'intervention débutèrent de nouveaux accidents d'une extrême gravité ; le malade eut successivement une broncho-pneumonie à droite et à gauche, puis une pleurésie purulente gauche qui se termina le 21 janvier par une vomique. Depuis lors, il entra franchement en convalescence et finit par guérir. Le moignon est régulier, bien nourri, non douloureux ; le genou se fléchit facilement à angle droit, ce qui assure une base de sustentation solide. Cet heureux résultat donne raison à M. Schmidt, qui n'avait pas voulu faire une amputation de cuisse, pensant se réserver ainsi un moignon plus utile et plus commode au point de vue de la marche.

Cependant, en ne dépassant pas les limites du mal, il s'exposait à avoir des lambeaux mal nourris par des artères atteintes d'endartérite, et frappés partiellement de sphacèle. De plus en opérant au milieu d'un foyer infecté, il favorisait la formation d'ambolies septiques, auxquelles on doit peut-être attribuer les accidents consécutifs. Il semble donc, ajoute M. Reynier, qu'il soit préférable de s'éloigner le plus possible des limites du mal, lorsqu'une opération est devenue nécessaire.

M. Reclus estime, quelle que soit l'origine de la gangrène, qu'il vaut mieux laisser se détacher les parties sphacélées et couper simplement l'os, lorsque le mort est séparé du vif. A l'aide de procédés très simples, par l'usage des antiseptiques on arrive à momifier en quelque sorte le membre mort et à détruire les éléments infectieux de telle façon que l'on peut attendre que le sillon de séparation se soit creusé jusqu'à l'os. Si malgré tout, dans certaines formes de gangrènes humides, une amputation est devenue nécessaire, M. Reclus conseille de ne pas employer la bande d'Esmarch qui favorise la coagulation du sang dans les vaisseaux et d'avoir simplement recours à la compression digitale.

M. Routier a fait une double amputation de jambe chez un vieux nègre, atteint de gangrène des deux pieds, consécutive à une embolie des artères fémorales ; cette gangrène s'accompagnait d'un suintement infect et de douleurs très vives dans les membres inférieurs. La bande d'Esmarch fut inutile, il n'y eut pas d'hémorrhagie pendant l'opération. Les fémorales étaient remplacées par des cordons fibreux ; il existait une artérite remontant jusqu'à la bifurcation de l'aorte, ainsi qu'il fut possible de le constater plus tard à l'autopsie.

M. Berger était resté fidèle jusque dans ces dernières années à la doctrine de la non-intervention préconisée par les auteurs du Compendium, en ce qui concerne les gangrènes spontanées. Forcé par les circonstances il a pratiqué plusieurs fois l'amputation pour des cas de gangrène embolique à décomposition rapide chez des vieillards et il n'en a obtenu que de mauvais résultats. Instruit par ces faits, il a pris le parti d'attendre surtout lorsqu'il s'agit de jeunes sujets atteints d'artérite et d'intervenir seulement lorsque le sillon éliminateur serait parvenu jusqu'à l'os. Cette conduite, facile à suivre dans les gangrènes sèches, ne s'applique pas à certaines formes de gangrène humide, où l'amputation s'impose de bonne heure, et doit être faite à quelque distance au-dessus de la lésion.

M. Verneuil. — Dans la discussion présente, il y aurait intérêt à établir d'abord diverses catégories de gangrènes, car la conduite à tenir n'est pas la même dans toutes. M. Verneuil en distingue trois espèces : 1° les gangrènes traumatiques simples et traumatiques infectieuses, dans lesquelles un léger

Digitized by Google

trauma produit une gangrène avec des accidents infectieux; 2° la gangrène embolique; 3° la gangrène par artérite dans laquelle il faut encore distinguer la gangrène par artérite simple, et les gangrènes des diabétiques, des alcooliques..... La temporisation est impossible dans les gangrènes infectieuses à marche rapide, il faut dès le début supprimer le foyer infecté et infectant. Dans les formes sèches, au contraire, il faut attendre pour intervenir que les lésions soient bien limitées, et à cette période il ne reste plus qu'à régulariser les moignons, régularisation que M. Verneuil a proposé d'effectuer avec le thermo-cautère.

Correspondants étrangers. Sont nommés MM. Mac-Ewen, Kummer, de Mooy, Romnisceano.

Correspondants nationaux. — MM. Claudot, Motty, Pousson, Chenieux, Fontan, Poisson.

Dr H. Marciguey

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 janvier 1891

Présidence de M. le Dr Labbé.

Des paralysies obstétricales des nouveau-nés. — M. Comby. — On décrit sous ce nom des paralysies spontanées ou traumatiques observées chez les nouveau-nés et consécutives à l'accouchement. Ces paralysies sont bien connues depuis les travaux de Paul Dubois, de Landouzy, de Duchenne (de Boulogne), de Nadaud, Erb, Rouland, etc... Les plus fréquentes sont celles qui affectent le territoire du nerf facial, elles sont produites par un écrasement de ce nerf, à sa sortie du rocher, par les branches du forceps. Viennent ensuite les paralysies du membre supérieur, décrites plus particulièrement par Duchenne Nadaud et Erb; celles des membres inférieurs sont extrêmement rares. Les paralysies brachiales sont provoquées par le forceps, par le dégagement des bras de l'enfant et par les diverses manœuvres obstétricales. Pendant ces opérations les branches du plexus brachial en totalité ou quelques-unes seulement se trouvent comprimées ou contusionnées généralement en arrière du scalène antérieur, au-dessus de la première côte; elles peuvent même être arrachées à leur sortie de la colonne cervicale (*P. radiculaires de Erb*). On conçoit donc aisément qu'elles puissent s'étendre à un membre entier, ou être localisées dans une de ses régions.

M. Comby rapporte trois observations de paralysie brachiale qui peuvent se résumer en ces termes:

1° Paralysie du membre supérieur gauche, consécutive à une version; œdème des quatre membres. Electrisation par les courants faradiques onze jours après l'accouchement, guérison rapide;

2° Paralysie du membre supérieur consécutive à une extraction de l'enfant se présentant par le siège. Le traitement faradique est commencé six semaines après l'accouchement, amélioration lente;

3° Paralysie complète des deux membres supérieurs, consécutive à un accouchement par le siège, dans un bassin rétréci. Extraction très laborieuse, enfant en état de mort apparente. Le traitement, commencé quelques jours après la naissance, est poursuivi régulièrement pendant plusieurs mois, sans aucun résultat. Cette observation est un type de paralysie radiculaire totale du plexus brachial.

D'après les cas qu'il rapporte, M. Comby constate le pronostic comme grave en général.

M. Joffroy ne pense pas que le pronostic de ces paralysies présente le caractère de gravité que lui donne M. Comby. De ce que la contractilité faradique est abolie dans les muscles, il ne s'en suit pas que l'on doive renoncer à ce traitement électrique, au contraire; il faut persévérer et employer les courants galvaniques interrompus, qui sont les véritables excitateurs des muscles. On peut de cette façon obtenir des succès merveilleux, même en commençant le traitement plusieurs semaines ou plusieurs mois après l'accouchement alors que les muscles semblent complètement atrophiés. En un mot, la faradisation peut réussir dans les paralysies légères, mais quand elle est impuissante à faire contracter les muscles, c'est à la galvanisation qu'il faut recourir.

La Société se réunit en comité secret pour discuter le rapport de M. Rendu sur les projets de réforme de l'enseignement médical, et du concours des hôpitaux, présentés par M. Huchard.

H. M.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 janvier 1891

Présidence de M. le Dr Tarnier

M. Olivier lit un rapport sur un travail de M. le Dr Chaumier (de Tours), sur les tumeurs adénoïdes du pharynx.

M. Guéniot présente un fœtus à terme qui a succombé aux manœuvres d'extraction rendues nécessaires par l'excès du volume du tronc atteint de malformation. Le fœtus a six doigts et six orteils. Le foie, très hypertrophié, renferme de gros kystes séreux.

Traitement de l'endométrite par le curage et l'écouvillonnage. — M. Ledentu lit un rapport sur un travail de M. le Dr Para (de la Ferté-Alais), ayant ce traitement pour objet. M. Ledentu est d'avis que le curage de l'utérus est indiqué quand l'inflammation est limitée à l'utérus, quand elle date de plusieurs mois et qu'elle a résisté aux cautérisations du col et aux injections diverses. M. Ledentu n'est pas partisan de l'introduction dans l'utérus des crayons de chlorure de zinc, qu'il juge dangereuse.

M. Polaillon. — M. Ledentu a-t-il l'expérience personnelle des cautérisations au chlorure de zinc?

M. Ledentu. — Non, parce que je les crois dangereuses et que je préfère que l'expérience soit faite par d'autres.

M. Polaillon. — Avant de juger un procédé, il faut l'expérimenter soi-même. M. Polaillon a dit il y a longtemps, que ce procédé de cautérisation, il fallait l'employer avec mesure. Il est indiqué surtout chez les femmes qui approchent de la ménopause, qui sont notoirement malades, qui ont une endométrite purulente avec élargissement de la cavité utérine. M. Polaillon recommande d'être modéré dans les cautérisations. Dans ce cas, on n'observe pas d'atrésie consécutive du col.

Le traitement par le chlorure de zinc est indiqué surtout dans les hémorrhagies de la ménopause accompagnées de fongosités. Le procédé est alors souverain, meilleur que le curettage. Chez des femmes exsangues, qu'on ne pouvait chloroformer, M. Polaillon a réussi, avec le chlorure de zinc, à arrêter sur-le-champ l'hémorrhagie et à sauver les malades.

Quant à l'atrésie du col, c'est un accident menaçant, évidemment. On ne peut employer la cautérisation chez des femmes presque saines, chez lesquelle la muqueuse utérine est peu épaisse. Mais le curettage peut, lui aussi, produire l'atrésie du col. D'ailleurs M. Polaillon possède des observations dans lesquelles les fonctions utérines se sont fort bien rétablies après la cautérisation au chlorure de zinc. Il s'associe aux réserves de M. Ledentu sur la méthode des cautérisations. Mais, ces réserves faites, ce procédé constitue une méthode qui peut rivaliser avec le curettage et qui lui est supérieur dans la métrite hémorrhagique. La douleur qu'il produit est légère quand l'utérus est épaissi.

Digitized by Google

M. Budin insiste sur les dangers du chlo- rure de zinc. Il a vu une jeune femme qui avait subi la cautérisation faite avec cette substance. L'utérus était réduit au volume du petit doigt. Il n'y avait plus de guérison possible.

M. Ledentu visait, dans son rapport, le procédé de M. Dumontpallier. Il en peut juger la méthode atténuée de M. Polaillion. Il n'a pas d'expérience personnelle dans la question, mais il lui a suffi d'enregistrer les dégâts observés par d'autres médecins. Il a trouvé inutile de les produire lui-même.

De la dépopulation de la France. — M. Hervieux, répondant à M. Le Fort, trouve que l'isolement des malades n'est qu'un moyen prophylactique de second ordre. Il fait ressortir les difficultés de l'isolement *réel*. L'isolement des varioleux à St-Denis et à Aubervilliers a été illusoire. L'établissement d'hôpitaux de varioleux serait une charge budgétaire beaucoup trop lourde.

Quant à la séquestration, elle est vexatoire et dispendieuse. M. Le Fort se réclame de la liberté individuelle, puis prétend qu'on n'a pas le droit d'introduire dans l'organisme un virus Cependant, ce droit, on l'exerce sur les soldats depuis 60 ans.

M. Hervieux demande la vaccination et la revaccination obligatoires.

M Brouardel établit d'abord que M. Le Fort n'est pas ennemi de la vaccine et qu'il en apprécie les bienfaits. M. Brouardel proclame donc, d'accord avec M. Le Fort, l'utilité de la vaccination et de la revaccination. Ce n'est pas qu'il dédaigne l'isolement et la désinfection qui ont rendu des services, par exemple dans la dernière épidémie de choléra en Espagne. Mais là, on se trouvait dans des circonstances particulièrement favorables. Dans quelle mesure peut-on appliquer ces procédés prophylactiques avec succès ? Dans quels cas sont-ils illusoires ?

La désinfection réussit et est acceptée facilement par les populations quand l'opinion publique, effrayée par les ravages d'une épidémie, aide l'autorité. Mais quand cette terreur n'existe pas, il sera difficile de faire accepter ces mesures. Quant à la sequestration, on peut la concevoir dans les grandes villes, au prix d'une contrainte énorme vis-à-vis des malades, mais à la campagne, elle est impossible.

La désinfection et l'isolement ne valent pas l'immunité qu'on peut se procurer par la vaccine. De plus ces mesures exigent, pour être prises, la présence d'un médecin. Or, en France, il y a 165 cantons sans médecin et 126 sans médecin ni pharmacien.

M. Brouardel rappelle que, en 1887, 1888, rien qu'à Douarnenez, il est mort 844 malades. Tous les moyens employés pour faire vacciner les habitants ont échoué. Nous avons donc perdu, à Douarnenez seulement, plus de malades que l'Angleterre et l'Allemagne réunies.

M. Le Fort triomphe parce que, depuis qu'on isole les varioleux de Paris à Aubervilliers, le chiffre des varioleux a diminué. Mais c'est ce qui arrive naturellement après toutes les épidémies de variole. Après celle de 1870, le chiffre des varioleux est tombé à 0,8. Après chaque épidémie, il y a, pendant quelque temps, une sorte d'immunité.

Pourquoi M. Le Fort ne veut-il pas de la vaccination obligatoire ? Il n'existe pas un seul accident imputable au vaccin de génisse. M. Le Fort prend-il pour lui l'opinion que la vaccine prédispose à la tuberculose, à la fièvre typhoïde et au cancer ? S'il ne croit pas à cette influence pourquoi fournit-il un pareil argument aux anti-vaccinateurs ?

Il est inutile de discuter l'influence de la vaccine dans la pathogénie de la fièvre typhoïde. Quant à la tuberculose, on n'a jamais pu, en prenant du vaccin sur une vache tuberculeuse, transmettre cette maladie. Au besoin du reste, il suffirait de n'employer le vaccin d'une génisse qu'après l'avoir tuée et autopsiée.

Supposons que l'isolement et la désinfection aient fait disparaître complètement la variole. Quelle serait la date de la prochaine épidémie ? M. Le Fort l'a fixée lui-même : ce serait la prochaine guerre. Quelles seraient alors les pertes de notre armée. Rappelons qu'en 1870, nous avons perdu 24,000 hommes par variole.

M. Brouardel demande donc la vaccination et la revaccination obligatoires. F. R.

LES JOURNAUX DE LA SEMAINE

En reproduisant, sous cette rubrique, des extraits de la presse médicale, le **Journal des Praticiens** *a pour but de renseigner impartialement ses lecteurs. Il réserve donc formellement la liberté de ses appréciations et l'indépendance de sa critique.* N. de la R.

Les conférences d'internat payantes. — On lit dans le *Progrès médical* du 24 courant, sous cette rubrique et avec la signature de M. le Dr M. Beaudoin :

« Il y a un an, au sortir des salles de garde, un de nos collègues les plus distingués se trouva, sans fortune et sans place suffisamment rétribuée, sur le pavé de Paris. Ancien chef de conférences *gratuites* pour la préparation du concours de l'internat, il tenta d'exiger de ses auditeurs une légère rétribution, leur promettant cette fois de consacrer plus de temps à la nouvelle conférence *payante*, qu'il organisait. Malgré les critiques acerbes et jalouses de ses collègues, restés conférenciers gratuits comme ci-devant, notre ami eut des élèves qui voulurent bien reconnaître qu'ils étaient ainsi mieux préparés à ce concours malaisé, et qu'en somme ils ne voyaient aucun inconvénient à ce que leur jeune maître leur demandât une minime rétribution pour pouvoir continuer avec fruit ses études et ses recherches.

» Cette année, deux autres internes ont voulu imiter cet exemple. Ce sont des jeunes gens d'avenir, à ce qu'il semble, ou du moins c'est leur opinion et celle de leurs amis. Aussi crurent-ils devoir, avant de rompre franchement en visière avec Dame Routine, consulter leurs camarades, leurs collègues et leurs futurs juges. Ces derniers, fièrement drapés dans leur antique toge, répondirent en chœur: « Jeunes gens, que tentez-vous là ? Vous voulez donc changer toutes nos coutumes ? Et le respect de la tradition ! Vous le savez, on crie partout : sus à l'internat ! Vous voulez être de ceux qui ne cherchent qu'à lui enlever son prestige et sa force ; qu'à détruire ce qui a fait sa gloire ! Prenez garde ; en haut lieu vous serez sévèrement jugés. Une telle innovation sera certainement appréciée comme elle le mérite par tous vos maîtres dans vos concours ultérieurs. Craignez qu'au concours de la Médaille d'or, du Bureau central, de l'Agrégation, on ne vous jette à la face vos tendances révolutionnaires.

» Hélas! Ainsi va toujours le monde. On choisit un candidat souvent pour ses tendances — et surtout pour celles qu'il n'a pas —, plutôt que pour ses mérites.....

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs Warmont (de Paris) ; Ancelot (de Voillg) ; Garrigat (sénateur de la Dordogne), et Bondet, médecin militaire.

En Angleterre : M. le Dr Byrne, professeur d'obstétrique à l'Université catholique de Dublin.

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

PARIS. — IMP CHARLES SCHLAEBER, 237, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE N° 5 4 FÉVRIER 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, DEMELIN, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

AVIS. — L'administrateur de la *Revue Générale de Clinique et de Thérapeutique* a l'honneur de rappeler à nos abonnés qu'à partir du 10 février prochain, la quittance de réabonnement leur sera présentée, augmentée de 75 centimes pour frais de recouvrement.

Afin d'éviter toute erreur, il les prie de joindre, à toutes leurs réclamations, une des bandes du journal.

Prime à nos abonnés. — Pour ceux de nos *abonnés actuels ou nouveaux* désireux de se procurer les **Mementos thérapeutiques des praticiens**, le prix de ce volume est en leur faveur :

De **2** fr. **50** *livré dans nos bureaux*;

Et de **3** fr. **25** à *domicile* (franco de frais d'expédition et de poste).

Elle prie, en outre, MM. les abonnés qui lui ont adressé une souscription inférieure à 3 fr. 25 (*prix d'expédition et de port compris*), de vouloir bien la compléter.

REVUE GÉNÉRALE

De l'hérédité pathologique régressive en aliénation mentale

(Sa valeur pronostique)

par M. le Dr E. CHARPENTIER,
Médecin de l'hospice de Bicêtre

L'hérédité pathologique est une notion incontestable en pathologie mentale.

Reconnue par tous les aliénistes, elle a été exagérée par Morel et ses successeurs. Morel a été trop loin en admettant un mode de dégénérescence par voie héréditaire, commençant aux troubles du caractère et à la névropathie chez les ascendants, passant par la folie ou les névroses graves chez les descendants, pour aboutir à l'idiotie ou à la stérilité dans la descendance ultime.

Ce mode de dégénérescence existe, mais il n'est pas constant, il n'est pas fatal, et, à notre avis, il peut même rétrograder.

Les successeurs de Morel ont étendu la dégénérescence au point de constituer un grand groupe, celui des dégénérés dans lesquels certains tendent à introduire tous les fous héréditaires, tous les névropathes, les vicieux, les passionnels, voire les criminels, sans compter les arthritiques et les herpétiques, car, pour quelques-uns, l'arthritisme et l'herpétisme ne représentent pas autre chose que des modes de dégénérescence de l'espèce. Si on ajoute, avec quelques autres, que le délire, dans toutes maladies, n'est que le résultat de la prédisposition cérébrale, tous les délires et folies vont rentrer dans ce cadre. Avec les termes hérédité, dégénérescence, prédisposition, tout, en pathologie mentale, sera prévu, ordonné, réglé et jugé.

Avec un tel pronostic, on voit les horizons réservés à un fils de fou ou de névropathe, non seulement pour lui-même, mais aussi pour sa postérité. Une telle perspective est-elle aussi nécessairement fatale? Non; est-elle vraie? Souvent oui, mais non d'une façon générale; et c'est pour réagir contre les tendances pessimistes des aliénistes qui ont suivi les traces de Morel, que nous avons cru devoir, à côté de cette hérédité pathologique progressive, appeler l'attention sur l'hérédité pathologique, que nous appelons régressive, et qui consiste en ce que, dans la descendance, les traits pathologiques sont de moins en moins accentués, dessinés, esquissés au point de se terminer plus tard par le retour à l'équilibre nerveux, physiologique, normal. L'équilibre se trouverait à la terminaison de cette hérédité pathologique régressive tout comme l'idiot est placé à la terminaison de l'hérédité pathologique progressive de Morel.

Remarquons d'abord qu'il n'est pas rare, parmi les enfants d'un fou, d'en voir un ou plusieurs qui ne présentent aucune tare héréditaire même névropathique. Quand la mère n'offre aucun antécédent de ce genre on explique ceci par l'influence d'un croisement heureux en oubliant qu'en général dans tout croisement les vices se transmettent par hérédité plus facilement que les qualités. Mais de tels enfants peuvent se rencontrer aussi sans tare héréditaire même lorsque l'hérédité est convergente, c'est-à-dire quand père et mère sont l'un et l'autre frappés par la névrose ou la vésanie.

Depuis que notre attention est dirigée sur ce côté, nous avons rencontré des sujets déjà d'un certain âge, n'ayant présenté ni névrose, ni vésanie, bien que leurs ascendants paternels et maternels en eussent été atteints. De telles observations ne sont pas publiées, parce qu'on ne publie que les cas pathologiques et les sujets auxquels nous faisons allusion sont sains et ne pourraient prêter qu'à la constatation de faits négatifs, du moins en ce qui les concerne eux-mêmes. A moins d'avoir une expérience personnelle de quatre générations, ce qui n'est pas donné à tout observateur, il est difficile de répondre aux objections tirées de l'atavisme. Seules des statistiques prolongées sur la descendance des aliénés pourraient élucider pareille question, mais jusqu'alors celles-ci se sont bornées à l'étude de la descendance pathologique.

Digitized by Google

Nous pourrions citer quatre frères et sœurs, issus d'un père qui fut sequestré dix ans pour manie chronique, et d'une mère névropathe, émotive, persécutée sans hallucinations depuis sa jeunesse. Ils sont les seuls issus de cette union, ils ont entre quarante et cinquante ans, sont mariés, ont des enfants, se sont fait remarquer par leur bonne conduite sans avoir jamais présenté ni névrose, ni excentricité quelconque. De leurs enfants les uns sont déjà mariés, les autres sont distingués par leurs aptitudes sans névroses, ni tare aucune.

On pourrait dire qu'il s'agit ici d'hérédité pathologique non transmise ou arrêtée, mais non régressive.

Nous pourrions citer une femme de cinquante-cinq ans dont le père était épileptique, dont la mère s'est suicidée; mariée jeune à un alcoolique qui s'est suicidé également, elle a eu trois enfants, n'a présenté d'autres symptômes que des troubles dyspeptiques, quelques migraines et douleurs erratiques, sans aucun trouble intellectuel ni excentricité; ses enfants, qui sont établis, sont bien sains et sans aucune tare héréditaire.

Nous pourrions multiplier ces faits, mais sans plus d'utilité; nous croyons important de les faire connaître à nos confrères, espérant voir se modifier leurs réponses quand ils seront consultés sur le sort d'un enfant issu d'un fou. Un pronostic trop sombre pourra parfois être utilement écarté. Nos considérations ne s'appliquent pas à la paralysie générale que nous n'avons pas suffisamment étudiée au point de vue de cette hérédité. Il ne faudrait pas déduire de notre théorie, qu'un croisement par le mariage d'un névropathe avec un individu sain pourrait avoir des résultats favorables; nous ne sommes pas partisans des croisements en pathologie; nous ne nous rangeons pas cependant à l'avis de ceux qui désireraient voir interdire le mariage des individus suspects de vésanie ou de névropathie; ceux-ci n'ont pas absolument besoin du mariage pour continuer leur espèce.

Si nous nous sommes bien faits comprendre à propos de ces deux notions distinctes d'hérédités pathologiques progressive et régressive, il y a lieu de supposer chez chacune de ces deux hérédités, une série de degrés allant de la simple déséquilibration ou névrose, jusqu'à l'idiotie dans l'une et, de la folie grave jusqu'au retour complet de l'équilibre cérébral dans l'autre. Telles deux échelles à échelons successivement plus étroits, placées côte à côte mais en sens inverse, le sommet de l'une correspondant à la base de l'autre. Il résulterait de cette disposition des deux échelles que les échelons du milieu seraient ceux qui se ressembleraient le plus pour les dimensions, et ceux des extrémités le moins. De même dans nos deux séries d'hérédités regressive et progressive, on pourra rencontrer certains types assez semblables pour se demander à quelle série ils appartiennent. Dans de tels cas, la notion d'étiologie restera toujours importante à connaître; ce ne sera pas pour assombrir constamment le tableau, mais parfois pour apporter quelque espérance.

Si l'étiologie héréditaire nous fait reconnaître une névrose ou vésanie très grave dans la première génération, moins accentuée dans la seconde, et moindre dans la troisième, nous pouvons espérer voir dans celle-ci une marche vers l'hérédité régressive. Au contraire notre pronostic sera plus grave et fera penser à l'hérédité pathologique progressive si nous voyons cette névrose ou vésanie s'accentuer plus gravement à chaque génération.

Nous devons pour le moment nous borner à ces formules générales. Puisse-t-il se dégager pour le lecteur cette pensée que l'hérédité pathologique en aliénation mentale, ne doit pas toujours être considérée comme une condition aggravante du pronostic et que dans un certain nombre de cas il est prudent de penser à la possibilité d'une hérédité pathologique régressive.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

(TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE DE LA TUBERCULOSE)

I. *Traitement des sueurs des phtisiques.* — II. *Acide camphorique, nouvel agent antisudoral.* — III. *Tellurate de soude, nouvel agent antisudoral.* — IV. *Mode d'action antiseptique des médicaments antisudoraux* — V. *Traitement de la fièvre initiale des tuberculeux.*

I. Traitement des sueurs des phtisiques. — La « grande découverte » de Koch est entrée aujourd'hui dans la phase des déceptions, ce que nous avions prévu quand nous avons été, des premiers, à prémunir médecins et malades (1) contre un enthousiasme exagéré, et à signaler les dangers des injections de la « lymphe » à toutes les périodes de la tuberculose pulmonaire. Nous venons d'être suivi dans cette voie par M. Verneuil, qui a prononcé dernièrement un réquisitoire sévère et juste contre la *kochine* (qu'il propose de prononcer *coquine*), par M. Peter qui lui a consacré sa première leçon clinique, et à l'étranger par Virchow lui-même, par nos savants amis, les professeurs Schœrtter (de Vienne) et Semmola (de Naples). On paraît donc justifier ce que je disais, à cette même place, à propos de cette lymphe : « Il n'y a rien de changé en thérapeutique; il n'y a qu'un poison de plus. »

Laissons donc Koch avec son poison et avec son secret; et, puisque nous en sommes réduits à la thérapeutique des symptômes dans le traitement de la phtisie pulmonaire, étudions les diverses médications proposées contre deux symptômes importants de cette maladie : les sueurs et la fièvre (2).

Dans une de nos revues de thérapeutique (3), nous avons déjà parlé des médications et des médicaments que l'on peut opposer aux sueurs des phtisiques. Ces médicaments sont : l'*acétate de plomb*, le *tannin*, le *phos-*

(1) Voir les nos 50 et 52, de 1890 (*Revue gén. de Clin. et de Thérap.*)

(2) Dernièrement encore, on a parlé d'injections sous-cutanées de sang de chèvre contre la tuberculose. Il est à douter que ces expériences réussissent. Mais il est juste de dire que les médecins français ont eu la généreuse honnêteté de faire connaître leur procédé thérapeutique, tandis que l'auteur allemand, dans sa dernière et trop habile communication, a continué à garder, pour lui et pour son pays, le secret de son remède toxique.

(3) *Revue de Clin. et de Thérap.* 1890.

Digitized by Google

phate de chaux, l'*ergot de seigle*, l'*agaric blanc* et l'*atropine*. Les deux premiers sont infidèles et ne sont plus guère usités. C'est le dernier (le *sulfate d'atropine*) qui est le plus actif (à la dose d'un demi à un milligramme à prendre tous les soirs). — Le *phosphate de chaux* (préconisé par M. Potain) doit être employé à haute dose (4 à 8 grammes par jour) pour produire des effets antisudoraux. Mais, je dois avouer que, même à ces doses, il m'a paru être un médicament très infidèle et très inconstant. — Quant à l'*ergot de seigle* (recommandé par mon collègue Tennesson (à la dose d'un gramme à 1 gramme 50 de poudre d'ergot, à prendre le soir), je l'ai employé à plusieurs reprises, et j'en ai obtenu parfois de bons résultats.

Lorsque ces sueurs nocturnes coexistent avec un état fébrile plus ou moins accusé, (et cela, quoique la quinine soit le plus souvent impuissante contre la fièvre des phtisiques, ainsi que nous le verrons plus loin), j'ai coutume d'associer la quinine à l'ergot de seigle, d'après la formule suivante que je recommande également dans toutes les phtisies à forme hémoptoïque :

Sulfate de quinine (ou tannate de quinine). 1 gramme
Ergot de seigle fraichement pulvérisé... 2 —
Pour quatre paquets. Prendre deux à trois paquets par jour.

Enfin, la poudre d'*agaric blanc* est un excellent médicament antisudoral — moins fidèle, toutefois, que l'atropine — et dont il faut recommander l'emploi, surtout en raison de son innocuité ; car, à la dose de 20 à 25 centigrammes, il ne détermine jamais ou presque jamais, comme on l'a dit à tort, de la diarrhée ou des phénomènes d'irritation intestinale.

Voici trois formules à ce sujet (dans la seconde, j'associe la belladone à l'agaric pour en augmenter l'action antisudorale ; de même, pour la troisième, où le tannin est associé à l'agaric) :

1° Poudre d'agaric blanc..... 5 grammes
Pour vingt cachets. — Un cachet à prendre le soir.

2° Poudre d'agaric blanc..... 5 grammes
Poudre de racine de belladone 0 gr. 50
Pour vingt cachets. — Un cachet le soir.

3° Poudre d'agaric blanc ... } Aà 5 grammes
Tannin..... }
Pour vingt cachets. — Un à deux cachets par jour.

Je ne parle que pour mémoire des lotions froides ou alcoolisées que Peter fait pratiquer sur la paroi thoracique des tuberculeux et dont il affirme avoir retiré de bons effets, ce que j'ai rarement constaté pour ma part ; mais on peut les prescrire en raison du bien-être qu'elles produisent chez les malades.

II. **Acide camphorique**, *nouvel agent antisudoral*. — *L'acide camphorique*, découvert par Lémery en 1875, a été étudié, au point de vue qui nous occupe, seulement en 1890 par deux auteurs allemands, MM. Leu et Dreesmann, et dernièrement par le Dr Combemale (de Lille (1).

(1) Leu (*Centralbl. f. kl. Med.*, 1890). — Dreesmann (*Thèse de Bonn*, 1890). — Combemale (*Bulletin médical du Nord*, 28 novembre 1890).

L'acide camphorique a pour formule chimique : $C^8H^{14}(CO, OH)^2$; il a, comme l'acide tartrique, cinq isomères : les acides camphoriques droit et gauche, les acides paracamphorique, mésocamphorique, et un cinquième acide camphorique innominé. C'est de l'acide camphorique *droit* que s'est servi Combemale.

En chauffant du camphre avec dix fois son poids d'acide azotique, on obtient un corps (acide camphorique) se présentant en paillettes ou en aiguilles incolores, transparentes, amères au goût, fondant à 70 degrés, peu solubles dans l'eau froide, plus solubles dans l'eau bouillante, dans l'alcool, l'éther, les huiles grasses et les essences.

A la suite d'expériences cliniques faites par M. Combemale et qui ont toujours démontré l'innocuité de ce remède (à part une sensation légère d'ivresse et de vertige éprouvée par un *seul* malade), cet auteur est arrivé aux conclusions suivantes :

1° L'acide camphorique a une action certaine sur la diaphorèse nocturne exagérée des tuberculeux ; il la tarit très souvent, la diminue fréquemment, est rarement sans effet sur elle ;

2° A raison de 2 grammes *pro die*, ou mieux *pro dosi*, des effets antisudoraux sont produits ;

3° Aucun effet désagréable ou fâcheux digne d'être noté n'accompagne l'usage de l'acide camphorique ;

4° L'acide camphorique agit chez les tuberculeux d'autant plus sûrement que les lésions pulmonaires sont moins purulentes.

Ainsi donc — et j'espère que les expériences thérapeutiques que je vais commencer sur ce sujet et dont j'entretiendrai nos lecteurs confirmeront ces excellents résultats — l'acide camphorique, comme le tellurate de soude que nous allons étudier plus loin, n'a aucune action toxique à la dose de 2 à 4 grammes. Il peut donc être employé dès maintenant, sans crainte, par les praticiens

La posologie du médicament est simple : on l'emploie à la dose de 2 grammes et même de 3 à 4 grammes dissous dans un julep à la faveur de l'alcool.

Voici une formule que l'on peut proposer :

Julep gommeux..... 120 grammes
Alcool..... 15 —
Acide camphorique..... 2 —
A prendre en une fois le soir.

III. **Tellurate de soude ou de potasse**, *nouvel agent antisudoral*. — *Le tellurate de soude* (employé pour la première fois contre les sueurs par Neusser, puis par Combemale) (1), est un sel oxygéné du tellure ; il s'obtient en chauffant un mélange de tellure ou de son bioxyde avec de la soude ou avec de l'azotate de soude, ou bien en faisant agir le chlore sur un tellurite en solution alcaline. Des quatre tellurates de soude que l'on connaît, le tellurate *normal* ($Na^2\ TeO^4 + 5\ H^2O$) est celui que Combemale a employé, il a préféré avec juste raison le tellurate de soude, à cause « de cette loi » physiologique générale que, même lorsqu'il s'agit de » faibles doses, les sels de soude sont moins nocifs que

(1) Neusser. *Wiener Klin. Woch.*, 1890.) — Combemale (*Bull. de th.*, 15 janvier 1891).

Digitized by Google

» les sels de potasse. » (Voilà une loi qu'il est bon de rappeler de temps en temps aux physiologistes à outrance qui, méconnaissant l'importance des études cliniques, continuent à préférer l'iodure de potassium à l'iodure de sodium quand la médication iodurée doit être longtemps continuée.)

Le tellurate de soude se présente, après évaporation, sous la forme d'une masse gommeuse ou d'une poudre amorphe blanchâtre, soluble dans l'eau et dans l'alcool.

A la suite de son emploi sur un assez grand nombre de malades, M. Combemale est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Le tellurate de soude possède vis-à-vis des sueurs nocturnes des phtisiques, des propriétés frénatrices puissantes ;

3° Ces effets antisudoraux sont produits avec certitude par des doses de 0 gr. 05 *pro die* de tellurate de soude. Les doses de 2 à 3 centigrammes ne donnent pas des résultats aussi sûrs et aussi marqués ;

3° On constate quelques troubles secondaires après l'ingestion prolongée de tellurate : odeur alliacée de l'haleine ;

4° Le tellurate réussit à toutes les phases de la tuberculose pulmonaire ; mais, pour tarir les sécrétions sudorales, la dose doit être en rapport direct avec l'état avancé de la phtisie ;

5° Le tellurate de soude est supérieur, comme agent antisudoral, à l'acide camphorique.

La posologie du médicament est la suivante : La dose de 0 gr. 02 indiquée d'abord par Neusser est insuffisante le plus souvent ; il faut arriver promptement à 0 gr. 03 et même à 0 gr. 05 par jour pour obtenir la diminution ou le tarissement des sueurs. Enfin, il n'est pas toujours nécessaire de prescrire tous les jours l'acide camphorique ou le tellurate de soude, parce que l'expérience a démontré que, parfois l'effet d'une même dose persiste pendant plusieurs jours. Mais, il est aussi nécessaire de prescrire souvent le tellurate pendant plusieurs jours de suite, parce que plusieurs doses successives amènent l'effet plein et entier qu'une première dose n'avait pu produire d'emblée.

Voici la formule que l'on peut recommander :

Tellurate de soude..... 1 gramme
Pour vingt pilules. Une pilule tous les soirs ou tous les deux soirs.

IV. **Mode d'action antiseptique des médicaments antisudoraux.** — Tous ces antisudoraux n'agissent pas seulement contre les sueurs des phtisiques, car ils ont produit le même effet contre les sueurs relevant d'une autre cause, dans la fièvre typhoïde, la syphilis pulmonaire et le rhumatisme par exemple. Or, d'après Combemale, l'action de ces agents antisudoraux se ramène à une action antiseptique. Dreesmann avait, du reste, démontré que l'acide camphorique n'agit pas par l'intermédiaire du système nerveux central, mais bien en détruisant les produits solubles fabriqués par le bacille tuberculeux. De son côté, Fürbringer a utilisé cette action antiseptique de l'acide camphorique en faisant dans la cystite des lavages avec une solution aqueuse d'acide camphorique, et en le donnant à l'intérieur au même titre que le salol. Le Dr Jacobsohn a retiré des crachats, des ptomaïnes capables de produire des phénomènes d'intoxication tels que la céphalée, des douleurs rhumatismales, etc. Combemale, s'appuyant sur cette découverte, incline à penser que les sueurs des phtisiques, les sueurs nocturnes de tous ceux qui ont des cavités purulentes dans leurs poumons reconnaissent la même origine ptomaïnique. Donc, il est présumable que l'action des deux médicaments antisudoraux que nous venons d'étudier, se ramène, de par la clinique, à une action antiseptique, nous voulons dire destructive des produits solubles microbiens.

Si cette nouvelle théorie des sueurs pathologiques vient à être confirmée, il me semble que, contre les sueurs des phtisiques parfois rebelles à tous les antisudoraux pris à l'intérieur, on devra prescrire sur la surface cutanée des lotions antiseptiques. J'ai déjà mis en usage ces lotions avec des solutions boriquées ou hydrargyriques faibles, et les résultats en ont été jusqu'ici assez encourageants.

V. **Traitement de la fièvre initiale des tuberculeux.** — Le traitement de la fièvre des tuberculeux est souvent *l'oppobrium artis*. Cette fièvre résiste à tous les antifébriles et surtout aux préparations de quinine que l'on emploie banalement et sans aucun succès.

Fonssagrives a recommandé l'emploi du *tartre stibié* jusqu'à la dose de 0,30 centigr. ; mais il ne faut pas le prescrire au delà de 2 à 8 centigr ; et l'ipéca (cet anticongestif pulmonaire, comme l'a démontré Pécholier) doit encore lui être préféré. Mais, comme le fait remarquer M. Grasset, l'émétique ne doit être prescrit que contre la fièvre *d'inflammation*, quand celle-ci est en rapport avec les lésions inflammatoires ou tuberculeuses ; mais il n'est plus applicable contre la fièvre *d'infection*, quand il s'agit d'une fièvre infectieuse, primitive, non en rapport avec la lésion. En un mot, la fièvre chez les phtisiques peut être de nature différente (fièvre *infectieuse* tuberculeuse, fièvre *inflammatoire*, fièvre de *résorption*) ; elle doit donc obéir à des indications thérapeutiques différentes.

Contre la fièvre initiale, la *quinine* à la dose d'un gramme à 1 gr. 50 prise en une heure ou deux, six ou sept heures avant l'accès, pendant deux ou trois jours seulement, n'a jamais produit que des effets inconstants.

Il en est de même de *l'acide salicylique* qui, prescrit à la dose de 2 à 3 gr. *pro die* et de 0,50 centigr., *pro dosi* (la dernière dose donnée au moins 4 heures avant l'exacerbation), peut bien agir sur la fièvre de résorption, sur la fièvre infectieuse secondaire, mais non sur la fièvre infectieuse *primitive* que nous avons en vue en ce moment. Du reste, l'acide salicylique doit être souvent contre-indiqué, en raison des troubles respiratoires, de la dyspnée qu'il peut amener, de l'action déprimante qu'il exerce sur la musculature cardiaque, et des effets défavorables qu'il produit souvent sur l'estomac, « cet organe qu'il faut entourer de soins pieux » dans la tuberculose.

(1) *Montpellier médical*, 10 janvier 1891.

Digitized by Google

Quel est donc l'agent curateur de la fièvre *initiale* de tuberculisation? C'est — répond M. Grasset — l'*antipyrine*; et, en s'exprimant ainsi, il confirme cette opinion déjà ancienne que j'ai formulée dès 1884, lorsque j'ai introduit ce médicament dans la thérapeutique française :

« Des observations nombreuses — disais-je alors — démontrent que l'antipyrine constitue le moyen le plus puissant, et jusqu'ici le seul moyen d'abaisser efficacement la température des tuberculeux. »

M. Grasset a donc raison de préciser ses indications thérapeutiques, en disant que l'antipyrine ne réussit pas dans *toutes* les fièvres tuberculeuses, et qu'elle est surtout le médicament de la fièvre *initiale* des tuberculeux.

Or, dans ce dernier cas, quel est le mode d'administration du médicament, quelle est sa posologie?

Il faut distinguer les doses *analgésiques* et les doses *antipyrétiques* du médicament : les premières (contre la douleur) devant être des doses massives, c'est-à-dire un à deux grammes massés en une demi-heure ou une heure au plus; les secondes (contre la fièvre) devant être faibles et successivement décroissantes.

On ne saurait trop condamner la pratique de Daremberg qui prescrit un gramme avant le début de la fièvre et un nouveau gramme toutes les fois que le thermomètre monte de plus de 3 dixièmes; c'est ainsi qu'il arrive à 4 ou 6 gr. par jour. Cette pratique est dangereuse, elle peut déterminer des accidents variés parmi lesquels le collapsus, et, dès 1884, j'ai insisté sur l'utilité des *doses faibles et souvent répétées*.

Il faut donc s'associer à la pratique de Grasset et de Kiener (de Montpellier) qui, à mon exemple, prescrivent des doses de 1 gr., 0,75 cent. 0,50 cent., soit en cachet, soit en potion, « en ayant soin de les diviser, de les échelonner très exactement dans les 24 heures, de façon qu'il n'y ait pas dans la journée un seul instant qui ne soit soumis à l'action du médicament. »

Enfin, en m'appuyant sur l'action *spéciale* de l'antipyrine sur la fièvre primitive des tuberculeux, j'ai déjà dit, à cette même place (1), que ce médicament me semblait avoir, à la longue, une action *spéciale* sur la lésion tuberculeuse dont il paraît arrêter les progrès et retarder la marche envahissante, à la dose d'un gramme à un gramme 50 centigr., pris en 4 ou 5 fois tous les jours. Si ces faits, sur lesquels j'ai appelé l'attention, viennent à se confirmer, on se trouvera en possession d'un médicament utile, non seulement contre un symptôme, la fièvre tuberculeuse, mais aussi contre la maladie tuberculeuse.

HENRI HUCHARD.

(1) *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1890.

THÉRAPEUTIQUE ODONTOLOGIQUE

De la cocaïne comme anesthésique dentaire

Des accidents récents survenus à la suite de l'emploi de la cocaïne comme anesthésique local pour l'avulsion des dents, m'engagent à consacrer quelques réflexions sur ce médicament.

Sans compter les empoisonnements légers ou mieux les formes de cocaïnisme aigu que tout praticien a pu observer, des cas de mort sont venus confirmer les dangers de l'emploi de cet anesthésique par des mains peu expérimentées.

Après l'accident mortel de Lille, un nouveau cas de mort vient de se produire dans les mêmes conditions, à Paris.

M. Reclus, en proclamant la bénignité de la cocaïne comme anesthésique local, a peut-être donné aux dentistes une sécurité trop absolue. Et cependant les nombreuses opérations faites par ce chirurgien avec un égal succès à l'aide de ce procédé d'anesthésie, sont des preuves irrécusables à l'appui de ses affirmations. A quoi peut donc tenir cette divergence d'opinion et de résultats?

Cette contradiction apparente tient sans doute autant au mode opératoire qu'au lieu d'élection de l'injection.

Les injections faites à la face sont en effet beaucoup plus dangereuses que dans toute autre partie du corps. Le médicament s'absorbe plus vite et se trouve plus rapidement lancé dans le torrent circulatoire. D'après le Dr Laborde d'ailleurs, l'anesthésie localisée des muqueuses buccales, pharyngées, laryngées, nasales, cornée conjonctivale, n'est qu'un épisode ou plutôt une portion de l'action générale.

En second lieu, la position verticale dans laquelle se trouve le patient assis sur un fauteuil opératoire, le prédispose également aux vertiges et à la syncope. De plus, à notre avis, les doses employées ont été beaucoup trop élevées.

Sans chercher à interpréter physiologiquement tous les accidents du cocaïnisme, il est certain qu'indépendamment des troubles de circulation il peut se produire, comme l'a dit M. le Dr Hardy, un empoisonnement des centres nerveux...

L'alcaloïde peut agir directement sur les cellules nerveuses. Au début l'excitation de la substance grise des hémisphères cérébraux est engagée, et produit de l'excitation psychique (Benterghem).

L'augmentation de la sensibilité réflexe, la suractivité musculaire et circulatoire sont des signes qui indiquent que les autres centres nerveux: tubercules quadrijumeaux, cervelet, moëlle allongée et moëlle épinière sont influencés.

La cocaïne est donc un médicament très puissant qu'il faut savoir manier avec la plus grande prudence.

L'avortement peut, en effet, se produire à la suite d'une injection de cocaïne, et l'observation d'un fait de ce genre nous a été rapportée par un de nos confrères des plus autorisés.

En 1887, je relatais, dans la *Revue odontologique*, le résultat de mes observations personnelles sur ce médicament, et, depuis, un nombre considérable d'observa-

Digitized by Google

tions nouvelles n'a fait que confirmer mes premières appréciations.

Selon nous :

1° La dose de 2 à 3 centigrammes est largement suffisante pour obtenir l'insensibilité.

2° L'emploi de l'oléo-napthine stérilisée, comme véhicule, empêche le liquide de passer dans la bouche et de produire des anesthésies désagréables de la langue et du voile du palais. De plus, l'absorption médicamenteuse se faisant plus lentement, les accidents consécutifs sont moins à redouter.

3° Le demi décubitus dorsal est nécessaire pour éviter toute tendance aux vertiges, etc.

En cas d'intoxication légère, les cordiaux, les ampoules d'iodure d'éthyle, les injections sous-cutanées d'éther, nous ont donné les meilleurs résultats.

En se conformant à ces principes, en ayant soin d'examiner le cœur des malades, la cocaïne est un anesthésique local qui rend des services considérables pour ce genre d'opération.

Dr Marchandé.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

MÉDECINE

De la chute spontanée des ongles chez les diabétiques, par M. Auché. — Cet accident peut être attribué à des lésions nerveuses ou à des altérations du sang et des vaisseaux. Elle est donc de cause différente que celle que l'on observe dans le périonyxis ou après les affections parasitaires survenant chez les glycosuriques. (*Journal de méd. de Bordeaux*, 25 janvier 1891, p. 271).

M. Auché formule les conclusions suivantes :

1° A l'instar du tabes dorsal, de l'hystérie et d'autres affections, le diabète peut amener la chute spontanée des ongles et des doigts de la main plus fréquemment des pieds.

2° La chute de l'ongle peut se faire de deux façons différentes. Dans certains cas, aucun trouble préalable ne parait en préparer le détachement. Les choses se passent alors comme dans certains cas de syphilis ou d'ataxie locomotrice et, sans les symptômes concomitants, il serait difficile, d'établir un diagnostic précis. Dans d'autres cas, la perte de l'ongle est précédée d'une hémorragie sous-unguéale qui le décolle et en permet le détachement. Ce mécanisme est analogue à celui qui amène la chute des ongles chez certains autres tabétiques.

3° Ces épanchements sanguins sous-unguéaux reconnaissent vraisemblablement pour cause non seulement les altérations du sang et des parois vasculaires existant dans le diabète, mais encore, au moins dans certains cas, les lésions des nerfs des doigts ou des orteils intéressés.

S. R.

Des complications articulaires et péri-articulaires de la diphtérie, par M. Lyonnet. — Dans ce mémoire très important, l'auteur publie une observation du service de M. Humbert Molliére et après avoir discuté les opinions formelles sur la nature de ces localisations articulaires diphtériques, formule les conclusions suivantes. (*Lyon méd.*, 11 janvier 1891).

Ces complications sont rares : Bokai, Pauli, Damiac, Hénoch, Eickorst en signalent cependant des cas considérables. Elles tiennent à des infections secondaires ; revêtent la forme d'arthrites aiguës ou subaiguës, séreuses habituellement, purulentes parfois et se montrent dans le cours de la convalescence de la diphtérie. Il faut y ajouter des troubles trophiques périarticulaires par lésions nerveuses ; l'hyperplasie survenant tardivement et après des symptômes multiples d'intoxication du système nerveux.

S. R

MALADIES DES OREILLES

De l'emploi du collodion dans le relâchement de la membrane du tympan par M. Lannois. — Ce relâchement est une cause de surdité rebelle aux divers traitements. Celui que M. Lannois a employé, procure des améliorations objectives, et subjectives, mais doit être renouvelé de temps en temps. (*Annales des mal. de l'oreille et du larynx*, janvier 1891, p. 27).

Il consiste, après avoir fait le cathétérisme, à verser quelques gouttes de collodion dans l'oreille, la tête étant fortement ment inclinée du côté opposé, puis à enlever le surplus avec de petites boulettes de coton hydrophile. Pour plus de sûreté, on renouvelle encore une fois le cathétérisme avant que le collodion ne soit complètement sec. Il est bon de se servir d'un collodion très liquide, car autrement il serait difficile de faire sortir l'excès du conduit auditif, et l'on s'exposerait à la production d'un bouchon qui gênerait l'audition ; on doit s'assurer aussi que le collodion a bien recouvert toute la membrane tympanique.

Cette manière de faire ne parait avoir aucun inconvénient ; les malades accusent d'abord une sensation de froid rapidement remplacée par de la chaleur et même de la cuisson, mais celle-ci n'est jamais assez marquée pour être douloureuse et dure rarement plus de quelques heures. Immédiatement après, l'examen de la membrane tympanique permet de constater une congestion assez vive au niveau du mur et du manche du marteau : mais elle se dissipe rapidement.

S. R.

THÉRAPEUTIQUE

Préparation du collodion à la cantharidine, par M. Diétrich. — Ce produit est obtenu en dissolvant la cantharidine dans l'acétone et peut servir de vésicant (*Helfenberger Ann. und Ph. Rundschau*, 1890, p. 139).

En voici la formule :

Cantharidine.....	1 gramme
Huile de ricin.....	40 —
Acétone.....	40 —
Teinture de cannabis indica.....	10 —
Collodion	900 —

La cantharidine pulvérisée est broyée avec l'huile de ricin et dissoute à l'aide de la chaleur. Après refroidissement, on ajoute l'acétone et le collodion, et on colore avec la teinture de cannabis indica. S. R.

Du salol dans la fièvre typhoïde, par M. C. Cahall. — Ce traitement a consisté dans l'administration du salol à la dose de quinze centigrammes toutes les deux heures. L'auteur en fait usage depuis deux ans et en a obtenu les effets thérapeuthiques suivants (*Med. News*, 8 nov. 1890) :

Disparition de la tympanite; amélioration de la diarrhée qui change de caractère et devient moins putride ; abaissement de la température ; régularisation du pouls ; tels sont les avantages de ce traitement dont le seul inconvénient, dans quelques cas, consiste dans la diminution des urines. La durée de la maladie a été abrégée et ses complications ont été plus rares. S. R.

De l'emploi de la chloralamide, par M. Galiana. — L'auteur qui recommande ce médicament conseille de l'administrer d'après les formules suivantes, destinées à le faire accepter des malades (*Revista clinica de los ospidales*, janvier 1891, n° 1)

En potion :

Digitized by Google

Chloralamide	3 grammes
Acide chlorhydrique dilué	V gouttes
Eau distillée	60 grammes
Sirop de groseilles	10 grammes

A administrer en une seule fois.

En lavements :

Chloralamide	2 grammes
Acide chlorhydrique dilué	II gouttes
Eau distillée	100 grammes

Ou bien : faire ingérer dans une infusion de thé, additionnée d'une grande quantité de sucre. S. R

TOXICOLOGIE

Un cas d'empoisonnement par l'antipyrine, par M. H. M. Biggos. — Un malade, atteint d'une amygdalite avec état fébrile intense, avait ingéré cinquante centigrammes d'antipyrine toutes les quatre heures pendant un jour. Quelques heures après l'ingestion de la dernière dose, les urines prirent une coloration foncée et brune, noirâtre comme après l'administration de préparations phéniquées. Elles contenaient de l'albumine et des hématies. Cette coloration persista pendant deux ou trois jours (*The N.-Y. Med. journal*, 10 janvier 1891, p. 35).

Sans nul doute, ajoute l'auteur, ce malade n'était pas un rénal. Il en conclut que ces altérations de l'urine étaient dues à l'action toxique de l'antipyrine et avec MM. Eloy, Huchard, Peter, Porter et d'autres que l'on ne doit pas faire usage de ce médicament quand on soupçonne une néphrite ou qu'il existe des symptômes renaux dans le cours d'une pneumonie ou d'une fièvre typhoïde.

Ce qui prouve, une fois de plus, le danger de cette médication antipyrétique, quand elle est employée aveuglément.

S. R.

REVUE DES LIVRES

Traité élémentaire de pathologie et de clinique infantiles, par M. le Dr A. Desgroizilles, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, 2e édition (Lecrosnier et Babé, Paris, 1890).

C'est en 1883 que parut la première édition de cet ouvrage sous le titre de *Manuel de pathologie et de clinique infantiles*. L'auteur semblait n'avoir eu d'autre but que de résumer l'ensemble de nos connaissances sur les maladies de l'enfance, et cependant le mot de manuel s'appliquait plus exactement au format du livre qu'à l'œuvre elle-même. Dès les premières pages, en effet, l'élévation et l'ampleur des idées générales s'emparaient de l'esprit du lecteur et lui montraient des horizons qu'on n'aperçoit pas ordinairement dans les modestes volumes qui ne sont destinés qu'à servir de guide et de memento. L'étude approfondie des causes et des symptômes, l'analyse savante et le sentiment vrai des indications thérapeutiques, le tact et la mesure dans le choix et le maniement des moyens thérapeutiques, des vues à la fois larges, précises et pratiques sur l'hygiène de l'enfance, toutes ces qualités et bien d'autres classèrent ce livre à part; et les nombreux articles de critique qu'on publia sur lui firent remarquer qu'il sortait à chaque instant des limites étroites d'un manuel pour devenir un véritable traité de pathologie infantile.

Cette appréciation très judicieuse est pleinement confirmée par la deuxième édition. L'auteur a donc été presque forcé de changer le titre de manuel en celui de *Traité élémentaire*. Il aurait pu supprimer ce second mot. C'est un traité aussi *complet* que possible qu'il nous donne. Avec une harmonie parfaite dans l'ensemble, on y trouve la méthode, la clarté, l'art de grouper les détails d'après leur valeur respective et leur ordre hiérarchique, une grande habileté à démêler et à classer toutes les circonstances morbides si multiples, si variées, si délicates que présentent les maladies des enfants.

Des développements considérables ont été ajoutés à la première édition. Elle est matériellement augmentée d'un tiers au moins. Mais les mêmes divisions ont été conservées. Les nouvelles pages comme les anciennes sont empreintes de cet esprit médical solide et positif sans être aride, qui s'adresse au jugement plus encore qu'à la mémoire, parce qu'il est nourri de faits et fécondé par les réflexions que suggère une longue pratique.

Toutes les recherches modernes sur la bactériologie, en ce qui concerne particulièrement les maladies des enfants, y sont exposées et appréciées dans de nombreux articles que nous croyons devoir signaler particulièrement aux lecteurs qui aiment l'actualité. Qu'ils lisent les chapitres sur la stomatite ulcéreuse (p 16), sur la coqueluche (p. 443), sur le tétanos (p. 645), sur la lèpre (p. 896), sur les oreillons (p. 1079), sur la diphtérie (p. 1132), sur la rage (p. 1150), sur la tuberculose (p. 1231). Ce sont là des questions à l'ordre du jour; elles ont pris depuis quelques années une importance capitale. On serait tenté de croire qu'elles occupent la première place dans la pathologie et qu'elles finiront par y produire une révolution radicale. Mais, sur ce point comme sur tant d'autres, l'avenir nous réserve peut-être plus d'une surprise. Aussi ne saurions-nous trop féliciter l'auteur de l'adresse, de la prudence et du tact avec lesquels il a traité ce sujet si moderne et si fécond en controverses.

Voici maintenant quelles sont les grandes divisions de ce traité. Nous regrettons d'être obligés de nous borner à en faire l'énumération et à n'en donner que le sommaire.

Les premières pages comprennent tout ce qui est relatif à la pathologie générale de l'enfance. Elles aplanissent les difficultés qu'on rencontre forcément dans la pratique, quand on n'a pas l'habitude d'examiner ces petits malades, dont le mutisme ou les cris, les gestes désordonnés, l'hostilité déclarée agacent et déroutent les médecins qui n'ont eu à faire qu'à des adultes. Il faut une sorte d'initiation qu'on n'acquiert qu'à la longue et en suivant certaines règles d'exploration clinique qui s'y trouvent exposées là avec l'autorité que donne seule une pratique consommée. C'est dans cette introduction que l'auteur a fait entrer également des considérations physio-pathologiques d'une haute valeur sur la croissance, le poids, la dentition, les anomalies, les difformités congénitales, etc., etc., et des règles concernant l'alimentation, l'hygiène et la thérapeutique des enfants malades et infirmes, etc.

Après ces préliminaires viennent les maladies aiguës et chroniques de chacun des grands appareils de l'économie : maladies de l'appareil digestif, des organes génito-urinaires, de l'appareil respiratoire, des organes de la circulation, du système nerveux.

Voilà ce que comprend la première partie de ce traité.

Dans la seconde, il y a quatre grandes divisions : maladies convulsives et vésaniques, — maladies de l'appareil locomoteur, — maladies de la peau, — maladies générales aiguës et chroniques.

On nous mettrait en peine si on nous disait de choisir dans ce vaste ensemble les parties que nous préférons. Toutes sont traitées avec le plus grand soin. Mais, pour le médecin praticien, il y en a quelques-unes qu'on doit signaler et recommander d'une façon plus particulière à cause de la spécialité et de l'importance des maladies qui y sont décrites. Lisez surtout et étudiez les articles sur les affections diphtéritiques, le croup et la trachéotomie, sur la broncho-pneumonie, sur la tuberculose en général et la scrofule, sur la pathologie cutanée et sur la pathologie osseuse.

Les pages consacrées à la coqueluche, à la toux nocturne, aux convulsions, aux maladies mentales si curieuses à cet âge, aux intoxications, entre autres à celle par le venin de la vipère, sont d'une lecture aussi instructive que pleine d'intérêt.

Digitized by Google

Nous louons sans réserve les développements si nourris de faits et d'idées que M. le Dr Descroizilles a donnés au traitement et à la thérapeutique de chaque affection. Son ouvrage se termine par un formulaire qui sera souvent consulté, car il est aussi varié et aussi complet qu'on peut le désirer.

Nous l'approuvons aussi d'avoir accordé dans sa seconde édition, peut-être encore plus que dans la première, une place de premier ordre aux maladies chroniques de l'enfance. On voit qu'il a apporté à leur étude une sorte de prédilection. Il a démêlé en elles avec beaucoup de pénétration ce qu'il y a de constitutionnel ou d'acquis, de congénital ou d'accidentel. Il les a suivies dans leurs plus lointaines conséquences, ce qui l'a conduit à faire une excursion dans le domaine de la chirurgie orthopédique au sujet des affections du système locomoteur.

Aussi son livre est-il une véritable encyclopédie où rien de ce qui concerne les maladies de l'enfance, sous tous leurs modes et à tous leurs degrés, n'a été ni oublié ni négligé. Il est appelé à rendre les plus grands services non seulement à ceux qui débutent, mais aussi aux praticiens qui ont déjà de l'expérience. Tous y trouveront avec un fond classique, base solide et inébranlable de l'œuvre, les nouveautés qui s'imposent même aux esprits les plus prévenus contre des innovations qu'ils jugent un peu subversives.

Et, en outre, nous leur promettons qu'au plaisir que leur donnera un style concis, limpide et élégant, se joindra l'avantage plus précieux encore de récolter partout une abondante provision de préceptes excellents. C. M.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

GYNÉCOLOGIE

Traitement des rétro-déviations utérines

par M. le Dr Routier,

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Je diviserai tout de suite les rétro-déviations en deux groupes (1):

Les rétro-déviations réductibles ;

Les rétro-déviations irréductibles.

Il est bien entendu que les unes et les autres sont douloureuses, et que c'est là ce qui conduit les femmes qui en sont porteurs à réclamer un traitement.

Je passe aussi sur le degré plus ou moins prononcé de métrite, qui réclame son traitement particulier.

Quand je me trouve en face d'une rétro-déviation, je m'enquiers, en l'examinant, de l'état de ses annexes ; si ceux-ci sont indemnes, il y a de grandes chances d'avoir affaire à une rétro-déviation réductible.

J'essaie alors la réduction à l'aide du toucher vaginal ou rectal et de la palpation abdominale, d'abord dans la situation ordinaire de la femme pour l'examen au spéculum ; puis dans le décubitus latéral, position anglaise; enfin, dans la position génu-pectorale, m'aidant d'une courte valve droite pour permettre l'entrée de l'air dans le vagin, ce qui facilite et complète la réduction ; dans quelques cas, alors, je m'aide de l'hystéromètre ordinaire, mais avec mesure.

Je suppose que j'ai pu réduire l'utérus ; j'applique alors, séance tenante, un pessaire de Hodge ; mais ce pessaire n'est pas le premier venu ; j'emploie les pessaires malléables, que je modèle moi-même, variant les courbures et la forme suivant les cas. Je dois avouer qu'il me serait difficile à donner des règles générales. Cependant, le pessaire ne doit pas gêner; la femme ne doit pas le sentir ; il ne faut pas surtout qu'il soit d'un diamètre antéro-postérieur trop long, car il appuierait sur la vessie, l'urèthre ou la symphise, et ne serait pas supporté ; il faut que, par l'inclinaison donnée à sa partie postérieure, ce pessaire tienne en place en redressant l'utérus.

Dans tous les cas de rétro-déviations réductibles, j'ai pu ainsi appliquer des pessaires, en tâtonnant parfois, mais, enfin, j'ai réussi à soulager les malades.

Il en est tout autrement dans les cas de rétro-déviations irréductibles ; presque toujours, alors, il y a lésion des annexes, ovarite ou salpyngite avec des adhérences, qu'on qualifie de pelvi-péritonite.

Dans d'autres cas, la réduction est impossible parce que la rétro-flexion est trop prononcée : je me souviens de deux femmes qui ont présenté un cas analogue.

Rétro-déviation et lésion des annexes que je pris pour de la salpyngite : c'étaient en réalité pour chacune un kyste ovarique, gros comme une orange, que j'enlevai, mais l'utérus était plié en deux comme une feuille de papier, le fond descendait plus bas que le col ; profitant de la laparotomie, je pus relever ces utérus ainsi pliés, ce que jamais on n'aurait pu faire par les voies naturelles.

Sur l'une d'elles, je fixai le pédicule à la paroi abdominale, faisant ainsi une hystéropexie latérale ; elle a eu depuis une grossesse à terme, et son enfant a aujourd'hui 18 mois. Chez l'autre, l'utérus relevé se tenait si bien que je ne songeai pas à le fixer dans sa position normale ; je n'ai pas eu à m'en repentir, car depuis il a gardé sa bonne situation.

Dans tous les cas où l'irréductibilité est due à des adhérences, et à des lésions concomitantes des annexes, je crois que le meilleur des procédés, si la femme est encore jeune, c'est de la débarrasser de ses salpingo-ovarites, et l'utérus sera redressé du même coup ; outre que par son atrophie consécutive, il prendra une position indifférente. Je sais bien qu'on a prétendu, par divers moyens, faire résorber ces adhérences ; pour moi, celles que j'ai vues au courant de mes laparotomies me font craindre que ces prétendus succès ne soient des erreurs de diagnostic.

La dilatation utérine, le curettage, en ramollissant le tissu utérin, peuvent donner la sensation d'une fausse réduction en même temps que le repos diminue considérablement la tension des salpingites concomitantes ; mais, la vraie réduction, je crois qu'on ne l'obtient pas. Trélat qui, à un moment, s'était fait le défenseur de cette méthode, qu'il faisait suivre du raccourcissement des ligaments ronds, l'avait ensuite abandonnée.

En résumé, quand la réduction peut se faire par des manœuvres manuelles, un pessaire bien mis soulagera la malade, et la guérira en 5 ou 6 mois.

Quand la réduction ne peut se faire, attention aux

(1) *Société médico-pratique*, 25 novembre 1890.

Digitized by Google

annexes presque toujours, sinon toujours malades, et castration.

Le raccourcissement des ligaments ronds ne ferait qu'exagérer la rétro-flexion de l'utérus déplacé.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

Le secret professionnel et les Sociétés de secours mutuels

Un des lecteurs du *Journal des Praticiens* me demande mon avis sur la question suivante, qui vise l'intéressante question du secret professionnel imposé aux médecins par l'art. 378 du Code pénal.

« Les statuts d'une Société de secours mutuels excluent du traitement donné aux sociétaires certaines maladies, notamment les maladies vénériennes. Le médecin attaché à cette Société ayant donné des soins à un participant atteint de maladie vénérienne, c'est-à-dire n'ayant pas droit à l'assistance médicale gratuite, peut-il réclamer des honoraires à ce malade sans être exposé à l'application dudit article et à une pénalité pour violation du secret professionnel. »

J'estime que le médecin placé dans cette situation délicate, ayant rencontré en la personne de son malade un ingrat ou un malveillant, doit s'abstenir de toute réclamation, par dignité d'abord, par devoir et par prudence ensuite.

Je n'ai pas besoin, dans un journal comme celui-ci de rappeler les règles qui ont de tout temps été et qui sont les articles de foi de la profession médicale.

Le premier enseignement que l'on donne aux élèves est que le secret professionnel s'impose aux médecins plus qu'à tous autres, qu'ils doivent oublier ce qu'ils ont vu, ce qu'ils ont entendu à l'occasion de leurs fonctions; que tenant en leurs mains les secrets les plus intimes, quelquefois les plus terribles de la famille, ils doivent sauvegarder leurs malades contre toute indiscrétion possible.

Les tribunaux ont toujours, eux aussi, appliqué ces principes avec la plus grande sévérité.

Jusqu'à la fin de 1885 la Cour de cassation et tous les auteurs avaient admis que la révélation du secret médical n'est délictueuse que si elle avait été faite avec l'intention de nuire. Dans la célèbre affaire du docteur Wattelet, relative à l'indiscrétion qu'il avait commise par la voie de la presse sur les causes de la maladie du peintre Bastien Lepage, la Cour de cassation a décidé que le délit existait « dès que la révélation a été faite » avec connaissance, indépendamment de toute inten- » tion de nuire. »

Dès lors, *a fortiori*, il ne pourra être permis à un médecin d'engager dans son intérêt personnel, pour obtenir le paiement de ses honoraires, un procès dont la conséquence serait la révélation d'une maladie, réputée honteuse, ayant atteint un de ses clients.

Est ce à dire que les médecins se trouvent désarmés et ne peuvent jamais assigner en paiement de leurs honoraires dus à raison des soins donnés au cours de ces maladies? Incontestablement, non. Le médecin réclamant peut formuler sa demande en énonçant le prix de ses honoraires pour soins médicaux, visites faites, opérations, sans fournir aucun détail spécial. Ce sera au client intéressé au silence à apporter la plus prudente réserve dans ses moyens de défense et à taire l'objet de ces opérations et de ces visites; mais, dans l'espèce qui est soumise à mon appréciation, forcément le médecin serait amené à dévoiler la cause de la maladie.

En effet, s'il assignait son malade, celui-ci se contenterait de répondre qu'il fait partie d'une Société de secours mutuels et a droit aux soins gratuits. Le médecin se trouverait dès lors dans la nécessité, ou de retirer sa demande ou de dévoiler qu'il a traité une maladie exceptionnelle. Dès le lendemain il serait exposé à une plainte du client ou à une poursuite du ministère public.

Je ne saurais mieux faire, en terminant, que de renvoyer les lecteurs à l'excellent ouvrage d'un de leurs éminents confrères le docteur Brouardel : le *secret médical* (1887, Baillière et fils, Paris), dans lequel il a traité avec sa haute compétence toutes les questions relatives au secret professionnel médical.

Il a visé le cas qui nous occupe et c'est de son opinion que je me suis inspiré pour répondre.

J'extrais de cet ouvrage le passage suivant :

« Les statuts de beaucoup de sociétés de secours mutuels excluent du traitement donné aux sociétaires certaines maladies, notamment les affections vénériennes. Des bulletins délivrés aux médecins réservent souvent une case pour l'inscription de la nature de la maladie. Il me semble incontestable que lorsqu'il donne les indications qui lui sont ainsi demandées le médecin viole l'art. 378 du Code pénal. Il a d'ailleurs été ainsi jugé : en effet, le Tribunal correctionnel de Lille a condamné à 16 francs d'amende le docteur D..., médecin de la Société de secours mutuels des ouvriers de Lille, pour avoir révélé au président de la société, une maladie secrète dont était atteint un des membres. »

Autre citation :

« Le 11 mars 1864, le Tribunal de la Seine, 6e chambre, a condamné le docteur H..... à une année de prison, 500 francs d'amende, 5 ans de surveillance et 1000 francs de dommages intérêts pour avoir cité en justice un sieur N.., en paiement de 300 francs pour soins donnés à sa femme atteinte d'une maladie vénérienne. »

Ces deux citations appuieront suffisamment je le crois, l'opinion du docteur Brouardel et la mienne.

P. Moysen,
Avocat à la cour d'appel de Paris.

FAITS CLINIQUES

CHIRURGIE

Corps étrangers de la vessie

par le Dr E. Potherat
Prosecteur à la Faculté

Les corps étrangers trouvés dans la vessie sont si nombreux, si variés, qu'il semble qu'on ne puisse en imaginer un qui n'y ait été rencontré au moins une fois. Cependant je crois que celui que je vais relater n'en a jamais été retiré ; en outre les circonstances et les incidents de cette observation méritent d'être signalés (1).

C'est en janvier 1884, à l'hôpital Tenon, dans le service du regretté Gillette, que j'ai observé ce cas.

Il s'agissait d'un homme de 63 ans, paraissant vigoureux et de bonne santé quoiqu'il ne marchât qu'en s'aidant d'une bé-

(1) *Société médico-pratique*, 8 décembre 1890.

Digitized by Google

quille. Il y a deux ans qu'il commença à en faire usage à la suite d'une affection de la jambe gauche qu'il ne peut indiquer mais pour laquelle il a été soigné trois mois à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. le Dr Delens. Le membre inférieur gauche d'ailleurs, sauf un peu d'atrophie peut-être, ne présente rien d'anormal; aussi fonctionne-t-il assez bien et le malade pourrait fort bien se passer de sa béquille.

S'il vient à l'hôpital, c'est, dit-il, parce qu'il a une « irritation de la vessie. » Il est de fait qu'il urine souvent, que les mictions sont douloureuses et que les urines laissent déposer du pus en assez grande abondance.

Interrogé sur le début de cet accident, il raconte que 5 mois auparavant il aurait été gêné pour uriner. Qu'était-ce au juste que cette gêne? Nous ne pouvons pas le savoir. D'ailleurs le malade est dans toutes ses réponses plein de réticences; en tous cas cette gêne n'était pas une rétention.

Cependant, pensant, dit-il, que son canal était obstrué, il eut l'idée d'en rétablir la perméabilité en y introduisant une grosse nervure de feuille. Les arbres d'une avenue de son voisinage lui fournissaient à profusion ces bougies d'un nouveau genre. Pendant 10 à 15 jours, il répéta chaque jour ses cathétérismes; prenait-il quelque plaisir à ces manœuvres, ou la gêne persistait-elle dans son canal? Toujours est-il qu'un bon jour il constata qu'une partie de sa bougie était restée dans le canal, 6 à 7 centimètres environ.

Il en fut effrayé d'abord, mais voyant qu'il pouvait néanmoins uriner, il prit son parti de cet accident; il cessa toutefois ses manœuvres. Des symptômes de cystite ne tardèrent pas à apparaître; il y eut même 2 à 3 hématuries d'importance médiocre, paraissant avoir succédé à une fatigue anormale, ayant rapidement cessé. Quelques fragments du corps étranger furent rendus par la miction, mais les urines sont devenues de plus en plus sales et surtout les douleurs plus vives. C'est pourquoi le malade vient à l'hôpital et semble ne se décider qu'à grand peine à faire cet aveu. Il paraît vivement redouter une intervention et se prête difficilement à l'examen. J'ai déjà dit que son état général est très bon et qu'il n'a pas de fièvre; au palper; la vessie semble se vider entièrement; le toucher rectal montre une prostate appréciable, cependant pas très volumineuse.

L'exploration du canal avec une bougie olivaire n° 19 de la filière Charrière est facile; l'explorateur ne rencontre pas d'obstacle même de la part de la prostate, mais en pénétrant dans la vessie j'ai la sensation que donnerait le frottement sur un corps dur et rugueux. M. Gillette constate avec un explorateur métallique qu'il s'agit d'un calcul de volume médiocre paraissant fixé dans la vessie. Les reins ne sont pas douloureux à la palpation.

Le diagnostic était simple, calcul développé autour d'un corps étranger, cystite concomitante et purulente. Ce calcul était d'un volume médiocre, une noix environ, de plus l'histoire indiquait qu'il devait être formé surtout de concrétions phosphatiques; d'autre part l'état du canal ne contre-indiquait aucunement l'emploi d'instruments d'un calibre notable, la lithotritie devait donc être l'opération de choix. Mais vainement M Gillette fit, à dix jours d'intervalle et en deux fois des tentatives pour saisir le calcul entre les mors d'un lithotriteur, il n'y parvint pas. Journellement on faisait des lavages à l'acide borique; ces lavages, cela se conçoit aisément n'amenèrent aucune diminution ni dans les douleurs, ni dans quantité de pus rendu avec les urines; le malade d'ailleurs, de son côté, se soignait à sa façon; il détenait en cachette des seringues de son imagination avec lesquelles il se faisait plusieurs fois par jour des injections uréthrales et vésicales d'eau ordinaire aussi froide que possible.

Ce traitement en partie double se continua ainsi pendant six semaines, au bout desquelles, la cystite s'était aggravée, l'appétit avait disparu, la fièvre avait apparu, et l'état général était devenu mauvais. M. Gillette proposa au malade de le tailler; après quelques jours d'hésitation il s'y résigna. La cystotomie sus-pubienne fut faite le 17 mars près de deux mois après l'entrée du malade. L'opération présenta un incident qui mérite d'être signalé. Le malade avait deux grosses hernies inguinales directes qui gênèrent beaucoup; elles étaient réductibles, et deux aides étaient chargés de les maintenir réduites dans le ventre; l'un des aides laissa saillir celle de son côté, et au cours des manœuvres le sac qui la contenait fut déchiré, et une anse d'intestin vint se montrer dans le champ opératoire. La vessie ouverte, le calcul fut trouvé enchâtonné et l'opérateur eut quelque peine à le retirer; il le ramena en morceaux, tous les morceaux furent enlevés; ce calcul avait le volume d'une grosse noix et il s'était développé autour d'une nervure de 3 à 4 centimètres de long dont les deux bouts débordaient du calcul.

L'opération terminée, M. Gillette mit une sonde à demeure, et un gros tube unique par l'ouverture sus-pubienne, tube plongeant dans le bas fond vésical.

Ce drainage à deux directions n'eut pas de succès, car le 22 mars au matin, cinq jours après l'opération, le malade mourait, et l'autopsie montra qu'il existait un phlegmon gangréneux de la cavité de Retzius ayant envahi tout le tissu cellulaire périvésical et circonvoisin, une sorte de cellulite pelvienne gangréneuse. Le cul de sac péritonéal prévésical n'avait pas été ouvert, et l'ouverture accidentelle du sac herniaire s'était spontanément obturée sans inflammation; il n'en existait pas moins de la péritonite peu intense, mais très étendue. La vessie ratatinée derrière le pubis avait sa muqueuse infiltrée de pus, comme fongueuse et en plusieurs points imprégnée de graviers phosphatiques; elle ne contenait d'ailleurs pas d'autre calcul. Les reins ne présentaient pas de lésions très appréciables à l'œil nu et les autres viscères étaient en bon état.

Telle est cette observation qui m'a paru présenter plusieurs particularités intéressantes. L'intervention a eu un mauvais résultat, mais il est vrai qu'elle n'avait peut-être pas été bien choisie, et qu'elle a présenté des incidents qui ont contribué à *la faire échouer*.

MÉDECINE

Vomissements traités avec succès par les injections sous-cutanées de morphine et d'atropine

Par M. le Dr Ch. Liégeois (de Bainville-aux-Saules)

Alice T..., âgée de 11 ans, non réglée, m'est amenée le 14 décembre 1889. Son père est affligé d'une bronchite chronique.

Sa mère eut, à l'âge de 25 ans, une épouvante, cause occasionnelle d'hématémèses qui succédèrent plus d'une fois, en dehors des époques menstruelles, à de vives contrariétés : nerveuse, elle s'emporte pour des motifs futiles, et se sent « étouffée par un morceau » quand elle a du chagrin. Un de ses frères est mort d'une méningite ou de convulsions; l'autre, âgé de 8 ans, a eu du strabisme de l'œil gauche.

Depuis trois mois Alice T..., sans éprouver la moindre douleur d'estomac, vomit après chaque repas tout ce qu'elle a mangé. En dehors de l'alimentation elle ne vomit que si elle boit, en si petite quantité que ce soit; les pituites lui sont inconnues. Pendant le premier mois, le vomissement survenait tout de suite après le repas; le second mois il n'avait lieu qu'une ou deux heures après, durant quelquefois une heure, le rejet des aliments s'opérant par petites gorgées séparées. Aucun aliment n'était toléré, fût-il demi liquide, liquide, chaud ou froid. L'appétit était, du reste, excellent; la jeune fille n'avait que très légèrement maigri, son teint était bon, les muqueuses n'étaient pas décolorées.

Un mois seulement après le début de ces accidents on consulta un médecin qui conseilla la diète lactée, et, une demi-heure avant et après les repas quelques gouttes de laudanum. Ce traitement fut efficace pendant trois jours, mais les vomissements réapparurent.

Un second médecin prescrivit un vin amer avant et quelques cuillerées de la potion de Rivière après les repas. Aucune amélioration. Les vomissements alimentaires continuèrent comme par le passé.

Cet état de choses existait depuis trois mois quand je fus consulté. La palpation de l'épigastre n'éveillait pas de douleur et ne laissait percevoir rien d'anormal; l'estomac ne paraissait pas dilaté. L'abdomen était souple; jamais de diarrhée, de lien-

Digitized by Google

térie, de borborygmes ni de constipation; jamais d'oligurie ni d'anurie; il n'y avait point de leucorrhée, et l'on n'était pas autorisé comme quelquefois, même chez des filles vierges, à rattacher les vomissements à quelque déplacement utérin favorisé par une métrite chronique.

La déglutition se faisant bien, il ne pouvait être question d'œsophagisme ni de spasme du cardia, et pas davantage de spasme des fibres musculaires du ventricule lui-même puisque le vomissement ne succédait pas à l'introduction de chaque bouchée alimentaire. Qu'est-ce à dire? Qu'il s'agissait d'un spasme, d'une contracture du sphincter pylorique; j'étais, je pensè, en présence d'un de ces cas de pylorisme décrits par Luton et Huchard, pylorisme qui était peut-être — l'avenir l'apprendra — une manifestation viscérale précoce de l'hystérie jusqu'alors larvée (car la malade n'avait pas même de douleur ovarique, ni d'hémianesthésie gauche, ni d'anesthésie de la luette et de l'épiglotte) chez une jeune fille de souche tout au moins névropathique dont la névrose élisait, comme chez sa mère par un temps, droit de domicile dans l'estomac.

Connaissant l'opiniâtreté, la ténacité de pareilles localisations, je prévoyais que le malaise serait de longue durée. A tout hasard je formulai, dans l'espoir de modifier l'hyperexcitabilité de la muqueuse gastrique :

Chlorhydrate de cocaïne.....	1 gr.
Eau distillée	300 gr.

Une cuiller à bouche avant chaque repas.

Le 22 décembre j'appris que Mlle T... n'avait pas obtenu la plus minime amélioration. Me rappelant alors que l'injection sous-cutanée de morphine, ou d'atropine, ou à la fois de ces deux substances qui contrebalancent l'une l'autre leurs effets toxiques, avait réussi à arrêter des vomissements incoercibles, j'écrivis :

Eau distillée de laurier cerise....	20 gr.
Chlorhydrate de morphine.....	0 gr. 20.
Sulfate neutre d'atropine.....	0 gr. 02.

Faire une injection hypodermique d'un gramme (la seringue) après deux des repas de la journée.

Et, séance tenante, pour montrer à la mère le *modus operandi*, je pratiquai moi-même une injection au creux de l'épigastre. Cette première tentative n'eut pas de succès, la malade vomit en quittant mon cabinet le repas indigeste (soupe, jambon, pain, un verre de vin) qu'on lui avait servi à l'auberge où elle attendait mon retour. La médication n'en fut pas moins continuée et ne tarda pas à donner d'heureux résultats :

23 déc. — Injection après le repas de midi, vomissements 1 h. 1/2 après.

24 déc. — Injection après le repas de midi, vomissement 2 h. 1/2 après. — Injection après le repas du soir, pas de vomissement.

25 déc. — Injection après le repas de midi, ne vomit que deux gorgées. — Injection après le repas du soir, pas de vomissement.

Ces trois jours-là, l'injection n'ayant pas été faite après le repas du matin, celui-ci est rejeté par le vomissement.

26 déc. — Injection après le repas du matin, n'a pas vomi. — Injection après le repas du soir, n'a pas vomi.

L'injection n'ayant pas été pratiquée après le repas de midi, il y a eu un vomissement insignifiant.

27 déc. — Injection après le repas du matin, a vomi une gorgée. — Injection après le repas de midi, a vomi une gorgée.

Pendant toute la journée du 27, la malade s'est plainte de douleurs d'estomac et a eu des nausées.

La provision de solution à injecter étant épuisée, on ne recommence les piqûres que le 29 décembre, mais cette fois après chacun des trois repas. Il est à remarquer que Mlle T..., n'ayant subi le 28 aucune injection, a vomi complètement ses trois repas, tandis que du 29 décembre au 3 janvier 1890, soumise aux injections tri-quotidiennes, elle n'a plus vomi du tout, excepté un jour une gorgée.

Le 3 janvier à midi, après s'être copieusement restaurée le matin, elle vint me voir; malgré un voyage en voiture de 12 kilomètres, elle n'a pas vomi. Les pupilles sont excessivement dilatées; le traitement a déterminé de la constipation.

Nous ordonnons de ne plus pratiquer qu'une injection tous les trois, tous les quatre ou tous les cinq jours, après le repas de midi ou après celui du soir, et avec une solution contenant, pour la même quantité d'eau de laurier cerise, moitié moins de morphine et d'atropine.

Le 4 janvier, pas d'injection le soir; pas de vomissement.

Le 5 janvier, pas d'injections; pas de vomissements.

Le 6 janvier, une injection après le repas de midi; a vomi une gorgée après le repas du matin, n'a pas vomi après celui de midi ni du soir.

Le 7 et le 8 janvier, pas d'injections; a vomi une gorgée le 7 après le repas du matin, et le 8 a vomi l'œuf qu'elle avait pris pour son souper.

Le 9 janvier, une injection après le repas de midi; a vomi une gorgée après le repas du matin.

Du 10 janvier au 2 février, on continue les injections, une tous les trois jours après le repas de midi : pendant tout ce laps de temps (23 jours) les vomissements ne reparaissent après aucun des trois repas, mais la malade a des douleurs d'estomac aussitôt qu'elle a mangé. On la croyait bien guérie, lorsque les 3, 4, 5 et 6 février, elle se met de nouveau à vomir son repas du matin; toutefois, elle conserve celui de midi et celui du soir. Or, on n'a pratiqué d'injection qu'une fois dans ces trois journées, et après le repas de midi. Ce retour offensif des vomissements ne fut que passager : du 7 au 22 février, quinze jours durant, les trois repas passèrent à merveille; comme précédemment, une seule injection quotidienne avait été faite tous les trois jours après le repas de midi.

A partir du 20 février, l'injection de midi ne devait plus être pratiquée que tous les quatre jours, c'est-à-dire pour la première fois que le 24; mais le 23, en l'absence de l'injection quotidienne, un vomissement survint après le repas du matin. Les 24, 25, 26, 27 et 28 février, le vomissement matinal revint après le repas; durant ces quatre jours, on n'avait fait qu'une piqûre, le 24, à midi.

Le 1er mars, dès le matin et toute la journée, Alice T.... se plaignit d'avoir dans les bras de violentes douleurs qui lui arrachaient des larmes. « Elle a commencé à se tordre, m'écrit la mère le 6 mars, en disant qu'elle avait mal dans les bras; elle a eu de grosses crises de nerfs. » Ces symptômes inaccoutumés avaient-ils leur raison d'être dans une intoxication, ou bien attestaient-ils la nature hystérique du pylorisme que nous combattions? Toujours est-il qu'effrayée, la mère prit sur elle de cesser quelque temps les piqûres. Mais, le 2 mars, le repas du matin fut vomi; celui du matin et celui de midi furent vomis le 3; le 4 et le 5, il n'y eut, il est vrai, aucun vomissement, et j'ai appris, le 17, que les vomissements n'ont pas reparu : le poids d'Alice T... a augmenté de dix kilogrammes.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

OBSTÉTRIQUE

I. Préparation de la gaze iodoformée pour l'usage obstétrical. — M. Bar préfère à la gaze iodoformée du commerce celle qu'il fait préparer dans son service par le procédé suivant :

1° Employer des bandes de tarlatane, larges de 15 centimètres, les rouler, et, pour enlever l'apprêt, les faire bouillir pendant une demi-heure dans l'eau phéniquée à 5 0/0;

2° Après expression, les immerger jusqu'à imbibition parfaite dans la glycérine phéniquée;

3° On les exprime de nouveau et on les roule dans la poudre d'iodoforme.

Ces bandes sont très imprégnées d'iodoforme. Divisées par le milieu elles servent aux tamponnements vaginaux et utérins.

La *gaze au rétinol iodoformé* est obtenue en passant ces bandes, préalablement bouillies dans la solution phéniquée, sur une pâte ainsi formulée :

Digitized by Google

Rétinol	60 grammes
Cire	5 —
Iodoforme	35 —

II. **Préparations contre la constipation dans la grossesse.** — Parmi les laxatifs, Braun (de Vienne) recommande les suivants : l'aloès en pilules, l'infusion de séné ; ou bien :

Racine de rhubarbe	10 grammes
Eau bouillante	100 —

Faire une infusion, et ajouter :

Carbonate de magnésie	10 grammes
Sirop de manne	25 —

Prendre une cuillerée à soupe d'heure en heure.

Ou bien :

Phosphate de soude	25 grammes
Eau distillée	100 —
Sirop de framboises	20 —

A prendre par cuillerées à soupe toutes les demi-heures ou toutes les heures.

Enfin, s'il existe de l'hyperchlorhydrie avec constipation, on prescrira plus utilement la potion suivante :

Magnésie calcinée	10 grammes
Eau distillée	200 —
Sirop de manne	25 —

Une cuillerée à soupe d'heure en heure jusqu'à effet purgatif.

S. R.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE. **Société de médecine berlinoise** (17 et 21 janvier 1891). I. *Hémophilie rénale.* II. *La valeur thérapeutique de la lymphe de Koch.* — ANGLETERRE. **Société de pathologie de Londres** (20 janvier 1891). III. *Gastrite subaiguë et anémie.* — ETATS-UNIS. **Académie de médecine de New-York** (18 décembre 1890). IV. *De la valeur diagnostique de la papillite.*

I. **Hémophilie rénale.**—Dans le cas observé par M. Senator, il s'agissait d'hémorragies rénales rebelles, chez une jeune dame de 19 ans, malade depuis plus de deux ans et cachectisée au dernier point. Aucun autre symptôme dans un autre organe ne pouvait expliquer les hématuries, si ce n'est l'hémophilie qu'on retrouvait du reste chez les sœurs et le père de la patiente sous forme d'épistaxis. L'exploration cystoscopique de la vessie faite par Nitze démontra que le sang provenait seulement de l'uretère droit ; c'était donc dans le rein droit seul qu'il avait son origine. On décida la néphrectomie qui fut exécutée par Sonnenburg. Le rein semblait sain à l'œil nu, on l'enleva cependant et les suites opératoires furent assez satisfaisantes pour permettre l'exeat au bout de quatre semaines. L'urine encore sanglante le jour et le lendemain de l'opération, ne l'a plus été dans la suite. A l'examen microscopique le rein semblait parfaitement normal. Le rein gauche restant fonctionna pour l'autre, la quantité d'urine ne diminua pas et l'urée était à plus de 16 grammes.

On a publié dans ces deux dernières années deux cas semblables, un de Sabatier et un de Scheele ; dans les deux cas, la néphrectomie amena la guérison.

M. Senator developpe cette opinion, que l'hémophilie n'est nullement une maladie constitutionnelle, un trouble général de la nutrition, mais une affection localisée à tel ou tel organe, par prédisposition héréditaire. Le trouble général admissible serait plutôt un état plethorique qui faciliterait l'hémorrhagie là où les vaisseaux seront moins résistants. D'où les succès opératoires.

H. G.

II. **La valeur thérapeutique de la lymphe de Koch.** — L'enquête continue sur cette question, et elle ne semble pas favorable. M. EWALD l'avance discrètement, il est vrai, mais cette discrétion est de nature à confirmer encore plus les témoignages réservés des autres cliniciens.

Il a pratiqué sur 114 malades de son service, à l'hôpital Augusta, des injections représentant 32,000 milligrammes de la fameuse lymphe ; 41 malades ne sont plus en observation : cinq ayant succombé et 36 ayant quitté l'hôpital. Deux des décès sont peut-être imputables aux injections : dans l'un, celui d'un phtisique, on observa, après ces dernières, une abondante hémoptysie suivie de la mort ; dans l'autre, même accident et formation d'une caverne nouvelle dans le poumon gauche : il était en traitement pour infiltration tuberculeuse du poumon droit.

Les signes d'amélioration observés sont purement subjectifs ; car, à l'auscultation et à la percussion, aucune atténuation des signes physiques n'a été constatée, même après plusieurs mois. C'est pourquoi M. Ewald reconnait que, *dans aucun cas, il n'a, jusqu'à ce jour, constaté de guérisons réelles.*

Parmi les accidents consécutifs, et en dehors des phénomènes congestifs, M. Ewald a noté la production de la fièvre chez des malades qui, antérieurement, en étaient exempts. Ajoutons qu'il ne donne aucune interprétation définitive de ce fait clinique.

Les injections de la lymphe de Koch procureraient-elles des améliorations plus durables que l'emploi d'autres agents médicamenteux ?

Oui, d'après M. Ewald ; mais ces améliorations ont été antérieurement réalisées par des moyens thérapeutiques plus classiques. Est-il besoin de faire remarquer combien une telle restriction atténue l'importance de cette affirmation ?

III. **Gastrite subaiguë et anémie.** — Ce fait anatomo-pathologique confirme en partie les notions récemment acquises sur le rapport de l'anémie et de la chlorose avec les troubles profonds de la nutrition et les maladies de l'estomac.

Un individu atteint de tous les symptômes d'une anémie pernicieuse succombe sans toutefois avoir présenté d'accidents gastriques. A l'autopsie, on trouve l'amincissement des parois et des lésions de la muqueuse stomacale : atrophie fibreuse des glandes, dilatation des vaisseaux, bacilles dans les veines lymphatiques des zones de muqueuse enflammée.

Bref, l'anémie pernicieuse était indéniable au point de vue clinique ; la gastrite subaiguë ne l'était pas moins au point de vue anatomo-pathologique ; comment ne pas voir un rapport de causalité entre l'une et l'autre de ces altérations ? Ce fait est donc un argument en faveur de la doctrine des anémies et des chloroses d'origine stomacale, par ralentissement de la nutrition.

IV. **De la valeur diagnostique de la papillite.** — On connait l'importance diagnostique des altérations papillaires visibles à l'ophtalmoscope. M. BULL confirme cette opinion et les travaux de ses devanciers, en rappelant que cette affection se produit, soit par propagation d'une névrite optique descendante avec dégénérescence, soit par des modifications de la pression intra-crânienne.

Dans les tumeurs cérébrales et les méningites, on observe une papillite par propagation ; elle est alors le signe diagnostique d'une affection centrale. Elle est encore de même origine dans les cas de kystes hydatiques cérébraux, d'anévrysmes intra-craniens et de méningites de la base. Par contre, fait clinique à retenir, on l'observe moins dans la méningite de la convexité.

La papillite qui est accompagnée de glycosurie doit faire encore soupçonner une tumeur cérébrale. En effet, la glycosurie s'observe dans ces dernières, et on comprend aisément la va-

Digitized by Google

leur diagnostique qu'il faut attribuer à la coïncidence de ces deux phénomènes morbides.

Au demeurant, M. Bull a voulu démontrer l'importance diagnostique de l'exploration de la papille. De plus, il a voulu répondre aux ophtalmologistes disposés à exagérer la valeur de ce signe, que cette valeur est un peu d'emprunt et résulte de la coexistence d'autres symptômes. En d'autres termes, c'est un fait, et ce fait n'a d'intérêt que par l'interprétation que l'on donne de son existence.

K. D.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 25 novembre 1890

Présidence de M. le Dr Descroizilles

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend : 1° le Traité Elémentaire de Pathologie et de Clinique infantiles, par M. Descroizilles ; 2° les Annales Génito-urinaires. La correspondance manuscrite comprend une lettre de candidature de M. Morice, médecin à Néris, qui envoie à l'appui diverses brochures. (M. Cazeaux est nommé rapporteur).

M. Tripet demande quel est le meilleur **traitement de la rétroflexion utérine**.

M. Routier lui répond. (V. p. 72).

M. Potherat. — Trélat s'est occupé de cette question, il était partisan d'une opération spéciale, celle d'Alexander, qu'a du reste étudiée particulièrement M. Schwartz. Dans le cas de non adhérences, Trélat faisait l'opération d'Alexander après curage ; en autre cas il s'abstenait, et plaçait un pessaire.

M. Routier. — L'opération d'Alexander n'arrive pas à redresser l'utérus, car la traction ne peut réduire la déformation.

M. Schwartz. — L'opération d'Alexander ne donne pas de résultats dans les cas d'adhérences, même après mobilisation. Elle n'est bonne que dans les cas de retro-version et rétroflexion mobiles et réductibles. Lorsque, dans les cas de la première catégorie, le pessaire n'est pas supporté, on peut cependant avoir recours à l'opération.

M. Routier n'a pratiqué qu'une fois l'Alexander. Il est devenu partisan des pessaires sous l'inspiration de Bouilly, et en a obtenu de bons résultats.

M. Potherat. — Il ne me paraît pas possible de provoquer dans l'Alexander la flexion utérine en suivant la pratique de Trélat.

Le secrétaire : Dr Paul Blocq.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 janvier 1891.

Présidence de M le Dr Terrier

M. Terrier, président pour l'année 1891, prononce le discours d'usage.

M. Marchand, secrétaire annuel, lit le compte-rendu général des travaux de l'année.

Le prix Duval est décerné à M. Reboul, pour sa thèse : Traitement des tuberculoses chirurgicales par les antiseptiques, et en particulier par le naphtol camphré.

Le prix Laborie n'est pas décerné. H. M.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 janvier 1891

Présidence de M. le Dr Labbé.

Transmission de la fièvre typhoïde. — M. Féréol lit une observation de M. Dionis des Carrières (d'Auxerre), sur un fait de transmission de la fièvre typhoïde dans une ferme pendant neuf ans, par l'eau d'un puits, contenant le bacille d'Eberth.

Sur treize femmes ayant habité la ferme de Guerchies pendant les neuf années, il y eut six cas de fièvre typhoïde et pas de décès. Sur vingt et un hommes, il y eut dix fièvres typhoïdes et trois décès. Dans des eaux du puit incriminé M. Pouchet trouva le bacille d'Eberth. Il n'est donc pas douteux que ces eaux, qui servaient à l'alimentation, aient été le véhicule des germes pathogènes.

La Société se réunit en comité secret pour discuter le rapport de M. Rendu sur les projets de réforme du concours des hôpitaux et de l'enseignement médical présentés par M. Huchard.

H. M.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 février 1891

Présidence de M. le Dr Tarnier

Blessure du cerveau. — M. Ledentu lit l'observation d'un malade qui s'était tiré un coup de revolver à la région temporale droite, en arrière de la ligne courbe temporo-frontale. Le malade présente de l'aphasie sans paralysie de la langue, de l'hémiplégie faciale du côté de la blessure, de la parésie du membre supérieur de ce même côté. Il s'agissait donc d'une lésion du lobe gauche du cerveau : après avoir traversé le lobe droit, la balle était allée se loger dans le lobe gauche. L'absence de la paralysie de la langue démontrait que la balle n'était pas fixée dans la région, centre du langage articulé, mais qu'elle était en haut et en avant de ce centre.

Au bout de deux jours, il y eut des convulsions épileptiformes de la face et du membre supérieur. Leur apparition tardive était due à une action à distance du projectile. Une pneumonie se déclara, et le malade succomba. M. Ledentu se loue de ne pas avoir fait, dans ce cas, la trépanation qui n'était pas indiquée.

Il n'y avait pas, en effet, de collection sanguine, la balle ayant passé au-devant de l'artère méningée moyenne. L'autopsie prouva que l'opinion de M. Ledentu sur le siège de la balle était exacte.

Chirurgie du foie. — M. Routier lit l'observation d'une malade qui, prise d'ictère subit, eut, au bout de deux jours, des coliques hépatiques. Son état devenant grave, le foie débordant les fausses côtes et la région de la vésicule étant douloureuse, M. Routier fit une laparotomie sus-ombilicale. Les parois de la vésicule n'étaient pas distendues. La palpation des voies biliaires ne fit pas constater de calcul. Cependant, sous l'influence de cette sorte de massage des voies biliaires, tous les symptômes s'améliorèrent et la malade guérit.

M. Bichamp lit une note sur la coagulation du lait.

Dépopulation de la France. — M. L. Colin partisan, comme M. Le Fort de l'isolement et de la désinfection des varioleux, réclame en outre la vaccination et la revaccination obligatoires.

Digitized by Google

Election. — M. Weber est nommé membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire.

F. R.

LES JOURNAUX DE LA SEMAINE

En reproduisant, sous cette rubrique, des extraits de la presse médicale, le **Journal des Praticiens** *a pour but de renseigner impartialement ses lecteurs. Il réserve donc formellement la liberté de ses appréciations et l'indépendance de sa critique.* N. de la R.

Le concours pour le professorat. — Reprenant un projet ancien, dont il est l'auteur, M. Laborde propose, dans la *Tribune médicale* du 29 janvier, l'organisation suivante :

1° Constitution d'un jury (toujours de nombre impair) dans lequel, dans un but d'influence décentralisable facile à comprendre, serait introduit un professeur dans la matière de l'enseignement auquel il y a à pourvoir, de l'une des autres Facultés de médecine, pour l'adjoindre au jury formé dans les Facultés où la chaire est vacante ;

2° Rapport sur les titres et travaux de chaque candidat par un des membres du jury désigné par le sort, rapport *présenté et lu en public*, avec conclusion motivée, suivie du vote immédiat, relativement à la conservation ou à l'élimination du candidat, ou à la place qu'il paraît mériter dans le classement relatif de présentation ;

3° Une leçon faite *publiquement* sur un sujet au choix du candidat, dans la matière de l'enseignement auquel il aspire à se consacrer.

Les dispositions de ce projet, dont la vérification est facile, se justifient d'elles-mêmes, et il est aisé d'en entrevoir les résultats pratiques et les avantages. Un de ces avantages, qui s'offre de prime abord, et dont l'importance capitale ne saurait être méconnue, c'est d'écarter, d'éliminer d'emblée les compétiteurs non autorisés, par la production possible de titres afférents particulièrement à l'enseignement qui ressortit à la chaire vacante.

D'un autre côté, en rendant publiques les appréciations motivées de ces titres, et en faisant se produire au grand jour, en pleine lumière, le jugement sur le mérite relatif des candidats, au point de vue de leurs titres et de leurs travaux antérieurs, le projet réduit à leur minimum, s'il ne les écarte pas complètement (prétention que nul projet ne saurait avoir), les influences proprement (?) humaines, extra-scientifiques et de favoritisme ; les droits de l'équité se trouvent, de la sorte, sauvegardés, en même temps que les intérêts de l'enseignement, qui ne sont plus sacrifiés et subordonnés aux questions d'intérêt personnel.

M. Laborde occupe, à la Faculté de Médecine de Paris, la situation officielle de directeur des travaux physiologiques. Le rappeler, c'est montrer que les réformes qu'il réclame ne sont ni subversives, ni révolutionnaires.

INFORMATIONS

FRANCE

Faculté de médecine. — *Prix Chateauvillard.* — Ce prix est partagé ainsi : 1,000 fr. à MM. les Drs M. Levallée et Belières (de Paris), pour leur travail sur la *syphilis et la paralysie générale* ; 500 fr. à M. Dupuy, pour son livre sur les *alcooloïdes* ; 300 fr. à M. J. Bœckel (de Strasbourg), pour son ouvrage sur la *résection du genou.*

Prix Montyon. — Ce prix est décerné à M. le Dr P. Raymond, pour son travail *sur la grippe à Paris en* 1889-90.

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — Ce concours s'est terminé lundi soir, 26 janvier 1891, par la nomination des candidats dont les noms suivent, par ordre de mérite :

Internes titulaires. — Binaud (William), Lepetit, Michon, Potel, Londe, Michel-Dansac, Brodier, Charcot, Casenave, Durante, Mayet, Phulpin, Levi (Léopold), de Massary, Bouglé, Glantenay, Perrin, Halipré, Bernard (Félix), Jayle, Taurin, Dudefoy, Lebon, Richerolle, Fort, Walch, Donnet, Sée (Marcel), Bracquehaye, Hulot, Collinet (Edouard), Giresse, Malherbe, Damaye, Gervais de Rouville, Magniaux, Bernard (Gustave), Bernardbeig, Manson, Reymond, Harou, Chaillou, Péron, Poussard, Carrel, Besançon, Finet, Brésard.

Internes provisoires. — Martin (Albert), Lantzenberg, Daudet, Lefoux, Longuet, Danseux, Bodin, Dial, Jacquinet, Chabory, Guépin, Floersheim, Héan, Meslay, Courtey, Morin, Isidor, Touche, Follet, Riche, Binot (Jean), Trékaki, Bois, Meunier (Henri), Vaudremer, Demantké, Banzet, Levy (Emile), Raffray, Mme Bonnier (née Cherchewsky, Esther), Galpin, Maupâté, Emerit, d'Hotman de Villiers, Fiquet, Fournier, Prieur, Grilhaut des Fontaines, Ozanon, Diriart, Auclair, Navarro, Dutournier (Adrien), Escat (Louis), Condamé, Gellé, Steeg, Mangin-Bocquet, Marmasse, Benoit (Charles), Dauriac, Malbec, Magdelaine, Mège, Duvivier, Morallié.

Concours de l'externat. — Ce concours vient de se terminer par la nomination, par ordre de mérite, de MM. Baudet, Boque, Terrien, Robineau, Chauveau, Dujarrier, Jolly (Justin), Savariaud, Combes, Long, Martin (Charles), Thoumire, Dominici, Lapeyre (Louis), Blanc, Brouardel, Daguillon, Deneux, Du Mesnil, Fauvel (Louis), Guinard, Hardel, Sourdille, Hémery, Leroy, Martin (Henri), Miquet, Papillon (Gustave), Binot, Chapte, Durante, Gallet-Duplessis, Giresse, Houzé, Walch, Ardouin, Cavasse, Luys, Mettetal, de Oliveira, Schmid, Brindeau, Latruffe, Roland, Rudaux, Cruzet, Hepp, Chabory, Collinet, Lautzenberg, Lenoble, de Massary, Meslay, Saguet, Banzet, Vaudremer, Caye, Cotta, Fauvelle (René), Leblanc, Le Dard, Lévy (Moïse), Marie (René), Neveux, Baron, Casamayor, Catumeanu, Differdange, Grandguillot, Husson, Lenoir, Rabé, Anghelesco, Flandrin, Levis, Thomas (Jean), Claverie, Nordmann, Baraduc, Condamy, Demantké, Finet Monbouyran, Radiguet, Mlle Kohan, MM. Malbec, Perrard de Rouville, Lévi (Léopold), Meunier, Aschkinazi, Baldet, Boudeau, Bruyère, Chantier, Grosjean, Guérineau, Guillemet, Letorcy, Millet (Charles), Chastanet, Delamare, Etchepare, Gibert, Plantier, Robineau (Albert), Hermary, Villatte de Penfeilhoux, Baruk, Guillemin, Mlle Leclerc, MM. Angerant, Gellé, Piaget, Renard, Théry, Zuber, Staicovits, Delansorne, Dolbeau, Farabeuf, Poux, Prévost (Charles-Auguste), Vanverts, Bartoli, Carnot, Charnaux, de Combes, Desveaux, Lefilliatre, Lesimple, Meslier, Mourlot, Saint-Martin, Tucker, Wateau, Mlle de Lesly, MM. Foubert, Jacob, Moundlic, Poix, Voronof, Auguy, Guerlain, Moreau, Gourichon, Boissier, Brunet, Didsbury, Petit (Clément), Plicot, Ran, Durville, Nogué, Chaillou, Lévy (Samuel), Behr, Cartier, Audrain, Baudré, Berg, Bonamy, Caboche, Delabost, Douriez, Dreyer-Dufer, Fays, Gentilhomme, Jacobson, Oppenot, Pasteau, Roger, Wintrebert (Maurice), Comte, Mlle Gorvitz, MM. Hamont, Monteiro, Page, Auclair, Bournhonet, Lavergne, Sabatier, Mlle Zlotowska, MM. Villière, Bouchacourt, Corbière, Gesland, Lefèvre, Le Juge de Segrais, Magdelaine, Lemariey, Ozanon Stojanovits, Wintrebert (Paul), Bruneau, Fuchs, Keller, Lachouille, Le Conte, Lefournier, Leroy, Maggiar, Millienne, Patay, Mlle Peltier, MM. Tanguy, Trastour, Coquet, Cougnot,

Digitized by Google

Delaroche, Fosse, Guérin, Mauger, Riche, Tainturier, Trinité, Meyer, Faure, Herzenberg, Millet (Georges), Petit (René), Beaussenat, Courtey, Laforest, Rouques, Tressel, Dedieu, Iscovesco, Carrel, Alliot, Bernard, Bigeard, Bobier, Bourgeois, Choisnet, Flammarion, Kaminer, Maneste, Simon, Aubry (Emile), Fialon, Martin (Achille), Thibaud, Bruyer, Monscourt, Paquet, Derome, Cachan, Duchemin, Demarchena, Georgescu-Carpatianu, Céry, Hopenhendler, Lardeux, Partenay, Mlle Scheinziss, MM. Spaletta, Bastard, Delthil, Faitout, Le Masson, Michaëlides, Altman, Barbier, Bonnet, Joly (Stéphane), Renon, Rémond, Nissim, Mlle Hœltzel, MM. Kortz, Luton, Iliesco, Combalat, Dos-Santos, Markovitch, Brin, Clamouse, Lucas, Mlle Posternak, MM. Vassal, Lagnoux, Wolf, Manheimer, Béal, Peyré, Gay, Djelalian de Fayard, Changeux, Diniz, Gillé, Pecker, Potelet, Vernhes, Golesceanu, Tonnellier, Foucart, Darzens, Larroux, Dufour, Bergeron, Bouquet, Cosmabey, Hugonnet, Chaumier, Chevillot, Gay (Joseph), Mory, Martin (Jean), Prévost (René), Rosenblat, Durrieux, Gerson, Gotchaux, Hulmann, Barbellion, Lenief, Livy (Henry), Maugery, Carra, Poirson, Ratignié, Barbary, Fontoynont, Delbecque, Hardiviller, Schtein, Guay (Charles), Sicard, Bacquelin, Debains, Pinesse, Souesme, Thomas (Joseph), Contrastin, Paté, Derrien, Monsarrat, Durand, Sifflet, Virey, Normand, Grasset, Rosenbaum, Lauzeral, Marie (Auguste), Tisserand, Pachabezian, Aubry (Justin), Chatenay, Van Bergen, Vic, Cunco, Sebilleau, Grunberg, Ghazarossian, Harlez, Lesné, Angot, Relle, Vandenhagen, Balli, Hagopow, Laffaille, Pressat, Delisle, Gayman, Girard, Vié, Mme Pommert.

ÉTRANGER

ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE. — **Mortalité et morbidité par l'influenza.** — Le secrétaire du Bureau sanitaire de l'Etat de Pensylvanie, M. Lee, vient de publier un rapport dans lequel il estime que la morbidité par la dernière épidémie d'influenza a été de 112,000 cas aux Etats-Unis et la mortalité de 7,880; soit un décès par 142 cas de maladie.

RUSSIE. — **L'hospitalisation des lépreux.** — La municipalité de Riga vient de décider la construction d'un hospice pour les lépreux. Il contiendra quarante lits, sera distant de six ou sept verstes de la ville et les admissions y seront volontaires. On évalue à cent le nombre total des lépreux dans cette ville. On annonce aussi la création d'un hospice semblable, contenant 40 à 50 lits, à Nennal, localité située à 70 verstes de Dorpat.

NOUVELLES MILITAIRES

Nominations dans le corps de santé militaire (Réserve). — *Au grade de médecin aide-major de deuxième classe.* — MM. les Drs Clément, Dunac, Conzette, Aussoleil, Chartier, Icard, Chardon-Fleuret, Lartet, Billoir, Digoy, Meneault, Nugon, Estor, Le Meignen, Ardouin, Mordret, Fauconneau, Bar, Richer, Rigault, Conil, Valentin, Bourdillon, Chauveau, Regnier, Ganivet-Desgraviers, Rodier, Wacquez, Nicolle, Clarot, Pottier, Fauvel, Malaper du Peux, Agut, Chaigneau, Heurteau, Marx, Eymery, Frécou, Givre, Lévêque-la-Croix, Faivre, Coffin, Rousseau, Béhaguë, Oiry, Cronier, Paliard, Lauth, Meiffret, Epron, Vialatte, de Pénille, Hue, Martin, Daurios, Guénier, Dardel, Verniolle, Ryckewaert, Dourisboure, Moncorgé, d'Hôtel, Mascarel, Cambours, Baudry, Hudelot, Béjot, Lorentz, Mollard, Moussaud, Ferrières, Parelle, Giraud, Fallot, Borde, Dorte, Bassin, Maurau, Hervé, Sérieux, Goudère, Petitpierre, Poirrier, Gars, Monin, Prévot, Lemaire, Faussillon, Toussaint, Rey, Pierrot, Crépet, Dubut, Landois, Hacot, Franche, Wargnier, Beynes, Guillot et Delbreil.

(Armée territoriale). — *Au grade de médecin principal de deuxième classe.* — M. le médecin-major de première classe Goinard.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Fabriès, Héricourt et Rit.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM les médecins aides-majors de première classe Riche, Guermonprez, Hervieu, Decouvelœere, Duvernoy, Gailhard, Laurent, Ferrand, Jousse, Senebier, Masson, Therre, Vigouroux, Carrère, Bouillet, Paraire, Pollet, Guillaumet, Weimant, Lesage, Foucher, Maderay, Finot, Nitot, Marty, Gergand, Lepoutre, Pourrière.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Faure, Vaussy, Tartière, Boisson, Chatillon, Zimmerman, Flandin, Chuquet, Richard de la Prade, Roque d'Orbcastel, Boutiron, Sarrade, Longevial, Coste, Mosqueron, Pris, Aubry, Bessière, Magnan, Boursot, Grenier, Chatellier, Lafage, Gelis, Lemonnier, Ledé, Ludot, de Labarrière, Parahy, Rey, Colombe, Queyroi, Surjus, Angot, David, Sadrin, Ferrand, Evesque, Magnanon, Grosmolard, Patey, Sombret, Delaux, Duchateau.

Nominations dans le corps de santé de la marine. — *A l'emploi de médecin auxiliaire de 2e classe* : M. le Dr Jacquin.

VARIÉTÉS

Ce que coûte un dispensaire. — La Société du dispensaire gratuit du IIe arrondissement vient de publier le rapport de son premier exercice. Le nombre des enfants traités a été de 696 pour le service médico-chirurgical et 120 pour le service dentaire moyennant une dépense totale de 4693 francs. Chaque présence revient à cinq centimes au point de vue des médicaments et tout compris à 38 centimes. C'est un exemple à imiter et ce sont des chiffres à méditer en ce temps où on reconnaît l'urgence de modifier l'organisation parisienne du service médical de charité.

Influence des climats chauds sur la nutrition. — Tout récemment, dans les *Virchow's Archivs*, M. Glogner a démontré que la loi de Braco n'est pas applicable aux Européens habitant sous les Tropiques. Il n'existe plus un rapport entre leur poids et leur taille. L'embonpoint est moindre parce que la graisse est moins abondante. Ce fait est en rapport avec l'alimentation moins riche en substances grasses. De plus leur température moyenne est d'un demi-degré plus élevé qu'en Europe. Enfin, autre remarque, la déperdition du calorique est plus rapide chez les Indigènes dont la peau est pigmentée plus fortement que chez les Européens. Ce fait expliquerait la sensibilité plus grande des premiers aux changements atmosphériques et la difficulté de leur acclimatation en Europe.

Une bibliotèque de médecin en 1609. — Voici l'inventaire de la bibliothèque de Richard Hunot, « en son vivant médecin et bourgeois de Saint-Ouen de Caen », d'après un document publié dans l'*Année médicale* du 15 septembre dernier.

Le 27 janvier 1609, Guillaume Le Bailly, sergent royal « fit inventaire par répertoire des lettres, pièces d'écriptures, ensemble de quelques livres demeurez du décez de deffunct Me Richard Hunot, d'aultant que j'en ay trouvé tant dens l'une des armares, ung buffet que dens ung petit coffret. » L'inventaire établit de nouveau l'excellente situation du défunt; quant à la bibliothèque, elle est bien peu volumineuse :

Item ung grand livre couvert de blanc, intitulé Les pourtraictz anatomiques de toutes les parties du corps humain, gravés en tailles douces;

Digitized by Google

Item ung autre grand livre couvert de rouge, intitulé Les œuvres de Anbroise Paré, conseiller et premier chirurgien du Roy;

Autre livre couvert de parchemin intitulé Les voyages du s' de Vilarnont;

Autre livre couvert de rouge intitulé Les institutions chirurgies de Jean Triganlt, docteur en médecine;

Autre vieil livre sans intitullacion commancant; puisque j'auray rendu graces à Dieu qui donne vie, etc.;

Autre petit livre intitullé Traicté de la nature et curation des plaies de pistollé et arquebouses;

Autre livre intitullé : La chirurgie mise en téorique et praticque;

Autre livre en latin intitullé Petit pontamy cecy burgensis (*sic*), etc.;

Item autre petit livre couvert de blanc intitulé Le guidon des apoticqvères;

Autre viel petit livre intitullé Le grand Albert.

Au total 9 livres, qui ne sont pas tous médicaux.

Les réactions des antipyrétiques dans l'urine. — Voici d'après M. Schweininger leurs caractères :

	Par l'addition d'une goutte de perchlorure de fer.	Par l'addition d'une goutte d'acide sulfurique concentrée.
Acide phénique.....	bleu	jaune pâle
— Salicylique....	bleu-violet	incolore
Resorcine.....	bleu	jaune brun
Quinine.....	brun-foncé sale	rouge-brun.
Antipyrine.....	rouge-brun	incolore
Thalline.....	vert	vert

En traitant par l'ether et en composant, on obtient un résidu qui traité par ces réactifs, donne des colorations plus nettes.

Le traitement d'Edison contre la goutte. — Cette médication, encore nouvelle et incertaine, vient d'Amérique et du laboratoire du célèbre électricien Edison.

Elle consisterait à plonger l'une des mains d'un goutteux, dont les articulations porteraient des concrétions tophacées, dans une solution de chlorure de lithium à 2 pour 100 (pôle positif) et l'autre main dans une solution de sel marin (pôle negatif). Les courants qui traverseraient ce dispositif seraient de quatre milli-ampères. On répéterait les séances pendant deux heures chaque jour.

L'urine contiendrait de la lithine pendant la durée des expériences et le volume des concrétions tophacées diminuerait. C'est un essai que M. Edison donne d'ailleurs comme incomplet et qu'il faut, cela va sans dire, accepter sous réserve.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs Ancelet (de Vailly), Le Telier (de Paris), Bourgeois (de Beauvais), Mittre et Marius Giraud (médecin de la marine).

En Belgique : M. le Dr Warlomont (de Bruxelles).

En Russie : M. le Dr Koschakow, professeur honoraire de médecine interne à l'Académie de médecine militaire de Saint-Pétersbourg.

En Angleterre : M. Balfour, chirurgien général en retraite de l'armée britannique.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Beaumanoir. — De la verruga (*Arch. de méd. navale*, janvier 1891, p. 1).

Bonamaison. — Un cas d'hystérie traumatique (*Lyon méd.* 18 janvier 1891, p. 81).

Farquhar Cartis. — Quelques cas de périty phlite (*The New-York med. journal*, 3 janvier 1891).

Gautier. — Sur un cas de dégénérescence amyloïde du foie (*Gaz. méd. de Montreal*, déc. 1890, p. 339).

Hutchinson (J.). — De la nature du lupus dans ses rapports avec la tuberculose (*The Lancet*, 17 janvier 1891, p. 125).

Lagaze. — Lèpre et pian aux Antilles (*Arch. de méd. navale* janvier 1891, p. 38).

Taylor et von Greson. — Observations sur le prurigo, au point de vue clinique et pathologique (*The N.-Y. med journal*, 3 janvier 1891).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Cowell (G.). — Deux cas d'anévrysmes axillaire et poplite traités par la compression digitale et la ligature (*The Lancet*, 15 novembre 1890).

Otto Engstrom. — Contribution au traitement de la pyosalpingite (*Finska Lakaresh Handlingar*, déc. 1890, p. 759).

Jullien. — Plaie par arme à feu du condyle interne (*La France méd.*, 2 janvier 1891, p. 3).

Macewen (W.). — Du traitement des anévrysmes par la coagulation du sang dans le sac (*Brit. med. journal*, 15 nov. 1890).

Macreody. — Sur une forme rare de hernie abdominale (*The Lancet*, 15 novembre 1890).

Rafin. — Deux cas de tumeurs de la vessie (*Lyon med.*, 28 déc. 1890, p. 585).

Sabatier. — Tenotomie à ciel ouvert et ténotomie sous-cutanée (*Lyon méd.*, 28 déc. 1890, p. 373).

CLINIQUE OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

Caubet. — Traitement des cystites chez la femme (*Archives de tocologie et de gynécologie*, janvier 1891, p. 2).

Jaboulay. — La dessymétrie et les formes du bassin adulte normal (*La Province médicale*, 10 janvier 1891).

Liégeois.— Metrorrhagies de cause paludéenne après la délivrance (*Archives de tocologie et de gynécologie*, janvier 1891, p. 29)

Luzet et Ettlinger. — Endocardite puerpérale droite et ses complications pulmonaires subaiguës (*Arch. de méd.*, janvier 1891).

Mesnard. — Dystocie par accidents syphilitique du col (*Archives de tocologie et de gynécologie*, janvier 1891, p. 19).

Vinay. — Un cas de rupture spontanée de l'utérus pendant le travail (*Lyon méd.* 11 janvier 1891).

THÉRAPEUTIQUE

Abreu (de). — Indications et contre-indications des bromures alcalins dans la thérapeutique infantile (*A Brazil medico*, 22 déc. 1890).

Aulde. — De l'aconit (*The N.-Y. Med. journal*, 10 janvier 1891, p. 37).

Bradfute. — La digitale et la strychnine dans les troubles circulatoires (*The New-York Med. journal*, 10 janvier 1891, p. 31).

Ducamp. — Trois cent cinquante séances de suspension chez un ataxique (*Montpellier méd.*, 1890, p. 11).

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE N° 6 11 FÉVRIER 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, DEMELIN, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

Prime à nos abonnés. — Pour ceux de nos *abonnés actuels ou nouveaux* désireux de se procurer les **Mementos thérapeutiques des praticiens**, le prix de ce volume est en leur faveur :

De **2** fr. **50** *livré dans nos bureaux*;

Et de **3** fr. **25** à *domicile* (franco de frais d'expédition et de poste).

Elle prie, en outre, MM. les abonnés qui lui ont adressé une souscription inférieure à 3 fr. 25 (*prix d'expédition et de port compris*), de vouloir bien la compléter.

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS

Sur un cas de chorée paralytique

Par M. le Dr DESCROIZILLES

Médecin de l'hôpital des Enfants

Une fille de onze ans et demi, Camille M..., entrait, le 5 avril 1890, au n° 1 de notre salle Dechaumont. Régulièrement constituée, grande et forte pour son âge, elle appartenait à une famille riche en antécédents pathologiques. Son père, nous dit-on, avait succombé à la suite d'une affection vénérienne ; une tante du côté maternel était atteinte de rhumatismes articulaires chroniques ; un frère, âgé de huit ans, restait chétif, de petite stature et arriéré au point de vue intellectuel. Elle-même avait souffert, pendant les trois premières années de sa vie, de bronchites répétées, de poussées confluentes, d'impetigo du cuir chevelu et d'abcès de la région sous-maxillaire. Puis elle s'était fortifiée, et vers l'âge de sept ans, on l'envoya à Berck et elle y resta toute une année (1). A cette époque, son caractère semblait très doux, mais impotent, son intelligence se développait peu. A l'école, l'enfant demeura réfractaire à toute espèce d'instruction ; un peu plus tard, on constata qu'elle devenait irritable, mais surtout portée à la tristesse, car, à chaque instant, elle pleurait sans motif. Bientôt l'irascibilité prit des proportions inquiétantes ; on eut à noter des accès de colère très fréquents et le plus souvent peu motivés. Ce fut à la suite d'une de ces crises d'impatience, avec perte de connaissance, raideur et teinte cyanique de la face, qu'on remarqua, pour la première fois, des mouvements involontaires qui commencèrent à se produire, sans avoir été précédés d'aucun prodrome, puis se généralisèrent rapidement. On considéra cette agitation comme une attaque de danse de saint Guy qui cessa au bout d'un mois, après un traitement sur lequel je n'ai pas eu de renseignements. La santé se rétablit, mais le caractère continua à être morose et emporté. Trois ans plus tard, peu de temps après une frayeur vive, nous a-t-on affirmé, les mouvements involontaires recommençaient, et au bout de très peu de jours on amenait l'enfant à l'hôpital. A ce moment l'agitation était des plus prononcées, et d'un caractère si tranché qu'on ne pouvait se méprendre sur sa signification, et conserver des hésitations sur le diagnostic.

A des secousses partielles et à une très grande maladresse, qui coïncidait avec une humeur plus acariâtre que jamais et un très grand affaiblissement de la mémoire, des déplacements plus généraux avaient promptement succédé. On remarqua d'abord cette incohérence locomotrice au niveau des membres inférieurs ; deux ou trois jours plus tard, on fit la même constatation du côté des bras, des avant-bras, des mains et de la tête. Le lendemain de son arrivée dans mon service, la petite fille se tenait encore debout, mais marchait par saccades, en jetant ses jambes à gauche et à droite, avec des oscillations, latérales ou antéro-postérieures, continuelles de la partie supérieure du corps. Elle s'exprimait avec difficulté ; sa sensibilité musculaire était intacte et sa force musculaire semblait avoir peu diminué. Quand elle était couchée, des contorsions incessantes agitaient sa face et ses quatre membres et, au niveau des avant-bras et des mains, les mouvements de circumduction jouaient un rôle prépondérant. Nous ne trouvâmes ni fièvre ni désordres cardiaques ; l'appétit était faible et la déglutition un peu difficile. Les premières nuits passées dans notre salle furent presque toutes mauvaises et, à tous les points de vue, la maladie s'accentua de plus en plus.

Je serai bref sur la suite de cette observation. Du 5 au 15 avril, on n'eut à signaler qu'une aggravation considérable, l'enfant maigrissait et pâlissait à vue d'œil, en s'affaiblissant d'une façon notable. Cette débilité était générale ; la malade ne prononçait déjà plus que quelques paroles qu'on lui arrachait avec peine. Pendant les vingt-cinq ou trente jours qui suivirent, la situation se modifia très peu. Mais, vers le milieu de mai, l'état morbide devint beaucoup plus grave. A ce moment, en effet, on s'aperçut que la jeune fille ne pouvait plus se maintenir dans l'attitude verticale quand elle n'était pas fortement soutenue par deux infirmières. Si on tentait de lui faire faire ainsi quelques pas, on la voyait exécuter des contorsions violentes et bizarres de la tête et du tronc, tandis que les membres inférieurs se déplaçaient l'un après l'autre en décrivant de très longues enjambées, se mettaient brusquement en croix l'un sur l'autre, ou se soulevaient tous deux en même temps, en se pla-

(1) *Société médico-pratique*, séance du 22 décembre.

Digitized by Google

çant tout d'un coup en flexion forcée, puis retombaient de même, en frappant fortement le sol avec la face plantaire du pied. Dans d'autres circonstances, la malade s'affaissait soudainement comme une masse totalement inerte. A cette même date, on constatait que la main droite était beaucoup plus faible que la gauche. La sensibilité restait normale et l'on faisait la même remarque, à propos des reflexes tendineux. D'autre part, l'articulation des mots devenait de plus en plus confuse, enfin l'émaciation augmentait continuellement et de larges eschares occupaient le voisinage du sacrum ; l'alimentation était réduite à presque rien.

Du milieu de mai à la fin de juin, l'état ne fit que s'assombrir. Le 17 juin, en effet, on notait un mutisme absolu et, deux jours plus tard, on voyait survenir une hémiplégie faciale droite, localisée cependant à la région du facial inférieur ; la faiblesse, l'amaigrissement atteignaient alors des proportions effrayantes. A cet ensemble pathologique on avait opposé, en premier lieu, l'antipyrine, à la dose d'un gramme d'abord puis de deux et trois grammes par jour. Plus tard, en raison d'insomnies persistantes, on avait remplacé l'antipyrine par l'hydrate de chloral, puis par le bromure de potassium, à des doses qui varièrent de un à trois grammes. A ces médicaments, dont l'efficacité parut nulle, on substitua, à partir du 1er juillet, les pulvérisations d'éther sur la région du rachis, et les toniques, sous forme de vin de quinquina et de sirop d'iodure de fer.

Ce fut, d'ailleurs, vers cette époque que l'aggravation cessa, pour faire place à une amélioration qui, très légère d'abord, s'accentua plus tard assez rapidement. On remarqua, dans les premiers jours du mois de juillet, que la petite fille recommençait à pouvoir prononcer, à voix basse, quelques monosyllabes, tandis que l'anémie diminuait visiblement. En même temps l'alimentation devenait un peu moins difficile, mais l'état des forces ne se modifiait pas et l'impossibilité de se mouvoir sur ses jambes, ou de se tenir debout, restait aussi grande, pour la petite malade, que par le passé.

Toutefois elle pouvait déjà porter la main à sa bouche sans trembler, et, vers le 20 juillet, elle était capable de s'asseoir sur son lit et de dire « bonjour » à haute voix, d'une façon bien distincte. D'un autre côté, la face reprenait en partie sa symétrie et sa physionomie paraissait à la fois moins grimaçante et plus gaie.

Dans les derniers jours de juillet, de très grands progrès furent constatés. L'enfant put faire de nouveau quelques pas avec le secours de deux personnes qui la soutenaient, chacune d'un côté ; bientôt elle réussit à marcher seule, sans saccade et sans trop de maladresse ; l'inappétence cessa, la teinte anémique et la maigreur disparurent, les eschares se comblèrent. Au commencement d'août, on n'observait plus qu'une asymétrie très modérée de la face, un affaiblissement des membres supérieurs, plus grand à droite qu'à gauche, et une hésitation très marquée dans l'articulation des mots. La petite malade s'exprimait encore très péniblement et sa mémoire était manifestement fort amoindrie. A cette période, comme d'ailleurs à toutes les autres phases de la maladie, elle n'eut aucune fièvre et l'on n'enregistra ni trouble de la circulation centrale, ni phénomène stéthoscopique morbide à la région du cœur.

Dès les premiers jours du mois d'août, l'enfant marchait seule, sans incohérence dans les mouvements et sans fatigue apparente ; sous tous les rapports, sa situation était satisfaisante. On ne trouvait plus d'asymétrie de la figure, seul le bras droit conservait un peu de faiblesse relative. Il y eut ensuite, pendant six semaines, amélioration lente, mais progressive. A la fin de septembre on vit survenir un peu de gonflement des deux genoux, avec des signes d'épanchement, mais cette fluxion articulaire disparut vite. Un peu plus tard on nota, pour la première fois, une légère arhythmie cardiaque, mais, à ce point de vue aussi, les troubles n'eurent qu'une durée éphémère. Ces deux incidents ne parurent avoir aucune influence fâcheuse sur le rétablissement de la malade. Dans les derniers jours d'octobre, la convalescence paraissait bien démontrée et la jeune fille nous quittait pour aller à l'asile de Forges.

J'ajouterai quelques réflexions sommaires à la relation de ce fait, raccourcie autant que j'ai pu le faire. Il s'agit ici d'un cas de chorée dont l'origine est obscure. La famille, à laquelle la petite malade appartenait, présentait, à différents points de vue, des antécédents suspects. Peut être a-t-on le droit de faire entrer en ligne de compte, relativement à l'étiologie, quelque tare héréditaire, névropathique ou autre ; elle-même était prédisposée à la maladie dont elle a, deux fois déjà, été atteinte, par sa nature irritable et son caractère violent, et la première manifestation de la chorée a très promptement succédé à un accès de colère. Enfin nous avons observé, chez cette enfant, des douleurs articulaires : bien que bénins et de courte durée, ces phénomènes étaient évidemment d'essence rhumatismale et une tante du côté maternel est une rhumatisante invétérée. S'agit-il d'une chorée de nature purement nerveuse, ou d'une chorée rhumatismale ? Ici, comme dans bien d'autres cas, on serait fort embarrassé de formuler une affirmation en faveur de l'une ou de l'autre de ces hypothèses ; mieux vaut, à mon sens, supposer que ces deux influences ont agi parallèlement, que de croire exclusivement au pouvoir pathogénique de l'une d'entre elles.

J'insiste peu sur la longueur de cette chorée, car il n'y a ici malheureusement rien d'exceptionnel. Je m'arrêterai d'avantage sur l'importance des phénomènes paralytiques qui ont été le trait dominant de ce tableau morbide.

Je rappellerai, à ce propos, que la paralysie survient tantôt prématurément et, en quelque sorte, à titre de phase prodromique, tantôt un peu plus tard et au moment où l'affection atteint son apogée, tantôt enfin quand elle est en pleine décroissance ; alors elle survit presque toujours, pendant assez longtemps, aux autres perturbations locomotrices. Les troubles paralytiques ont débuté ici bien des semaines après le commencement de la chorée, mais au moment ou l'agitation était encore dans toute sa force ; après s'être manifestés d'une façon insidieuse, ils ont promptement atteint leur maximum d'intensité, puis ils ont persisté, pendant une longue période, sans se modifier dans leur physionomie ;

Digitized by Google

enfin, ils ont disparu, en décroissant progressivement, mais très lentement. Après avoir pris, de prime abord, la forme paraplégique, ils se sont généralisée ultérieurement aux quatre membres, en frappant toujours principalement les extrémités inférieures. Il faut noter d'ailleurs que, tandis que l'impotence locomotrice était presque absolue, la sensibilité et les reflexes tendineux restaient à peu près intacts. L'aphasie qui a été ici très complète et très tenace, a suivi une évolution parallèle à celle de la paralysie des mouvements. Nous avons vu naître ces deux phénomènes à la même époque; ils ont grandi, puis diminué et disparu simultanément.

J'ai remarqué, à propos de cette observation, ce que souvent je note en pareille circonstance; c'est que la thérapeutique n'a pas d'influence, ou n'a qu'une influence problématique sur la marche des symptômes. La jeune malade a pris successivement l'antipyrine, le bromure de potassium et le chloral; elle a fort bien supporté ces divers médicaments à des doses assez élevées; mais aucun d'eux n'a paru modifier l'agitation, ni changer le cours ultérieur de la maladie. Les pulvérisations d'éther sur le rachis ont eu peut-être un peu plus d'action, car la sédation s'est produite peu de temps après le moment où l'on a commencé à y recourir. Mais, quand on les a employées pour la première fois, la chorée avait déjà plusieurs mois d'existence, on pouvait la considérer comme ayant atteint la fin de sa période d'état, et quiconque a étudié beaucoup d'exemples de Danse de saint Guy, ne peut ignorer qu'un certain nombre de malades guérissent sans traitement actif, sans qu'on intervienne par d'autres moyens que le repos complet. Je suis donc obligé de rester sceptique, vis à-vis même du résultat supposé, obtenu par le dernier des agents thérapeutiques auquel nous ayons eu recours.

Je ne ferai plus valoir que deux particularités séméiologiques, relatives au fait que je viens d'exposer. De vastes et profondes eschares se sont formées, chez notre malade, au voisinage du sacrum; elles ont guéri spontanément, quand la santé a commencé à se relever. On observe des pertes de substance de cette nature, et se terminant de la même façon, chez beaucoup de jeunes sujets affectés de chorée sérieuse comme celle-ci. Il est probable qu'il faut les attribuer surtout aux frottements involontaires et presque continuels des parties du malade qui font le plus saillie contre les couvertures et les draps du lit. Mais elles se rattachent vraisemblablement aussi au défaut de réparation, en même temps qu'à l'incohérence fonctionnelle dont tout l'organisme se ressent, et presque tous les enfants, chez lesquels les solutions de continuité surviennent, sont déjà cachectiques, quand elles apparaissent. D'autre part, cette chorée à manifestations violentes, que nous avons eue sous les yeux pendant plusieurs mois de suite, n'a jamais été accompagnée de désordres cardiaques, abstraction faite d'une irrégularité légère et de courte durée des battements du cœur Il ne faut pas considérer l'intégrité physique et fonctionnelle du centre de la circulation comme une exception dans la chorée. Le cœur reste sain chez beaucoup d'enfants atteints d'une danse de Saint-Guy très grave, et le contraire se réalise chez beaucoup d'autres dont la maladie est légère. La chorée ne coïncide donc pas nécessairement avec une cardiopathie, et le cas actuel prouve, une fois de plus, que la loi, admise autrefois sur ce chapitre, presque sans discussion, compte des exceptions bien plus nombreuses qu'on ne l'avait cru.

REVUE GÉNÉRALE

MÉDECINE

Les déformations dans la sciatique

Depuis la description que nous a laissée Cotugno de l'*Ischias nervosa postica*, depuis surtout les travaux classiques de Valleix, de Lasègue, etc., il semble que tout ait été dit sur la névralgie du nerf sciatique. Pourtant on trouve encore dans son histoire quelques faits d'acquisition récente, qui méritent à tous égards de fixer l'attention : telles sont certaines déformations, précieuses à constater; car elles constituent des manifestations tangibles d'une affection dont le grand symptôme est un phénomène purement subjectif, la douleur, et elles permettent au médecin de baser son diagnostic sur d'autres assises que les allégations des malades.

I. — Parmi ces déformations, la plus anciennement connue est celle qui résulte de l'*atrophie des masses musculaires* du membre inférieur. Cotugno l'avait déjà signalée sous le nom d'*ischiadica atrophia*. Sans insister longuement sur elle, il est permis de rappeler qu'elle est essentiellement constituée par une diminution de volume du membre malade. Cette diminution, qu'un simple regard permet souvent de constater, est surtout mise en évidence par la mensuration qui révèle des écarts de 0^m 03 à 0^m 04 centimètres pour la circonférence de chaque cuisse, et de 0^m 01 à 0^m 02 centimètres pour celle des mollets. En même temps, les segments atteints perdent de leur consistance: ils donnent une sensation de mollesse et de flaccidité toutes spéciales à la main qui les palpe.

Cette atrophie n'est pas en rapport, ainsi qu'on l'a cru longtemps, avec la durée de la maladie et l'immobilité prolongée qu'elle entraîne. M. Fernet (1) l'a signalée dans un cas quatorze jours après le début des phénomènes douloureux. Elle dépend surtout de la nature de la lésion; on la considère comme l'apanage des sciatiques-névrites, et elle rentre dans la catégorie des troubles trophiques d'origine nerveuse.

Ce serait une erreur de la considérer comme toujours aisée à reconnaître : elle peut être masquée par l'épaississement de la peau et le développement que prend parfois le tissu cellulo-adipeux. La cuisse revêt alors une forme cylindrique, et les plis que l'on fait en pinçant la peau entre les doigts sont plus volumineux du côté malade que du côté sain. C'est à ce processus que

(1) Fernet (*Arch. de méd.*, 1878).

Digitized by Google

M. Landouzy (1) a donné le nom d'*adipose sous-cutanée*.

II. — Au niveau de la région fessière, on peut rencontrer une seconde déformation qui ressortit principalement des sciatiques-névralgies. Signalée pour la première fois par M. Bondet (de Lyon), elle a été étudiée par M. Petiot (2), dans sa thèse inaugurale, et par M. Perret, dans ses leçons cliniques. Elle consiste, d'une part, dans un *aplatissement de la fesse* malade, marqué surtout à la partie supérieure et externe ; d'autre part, dans un *abaissement du pli fessier*, et quelquefois dans la formation d'un *double pli anormal*.

Voici, d'après M. Bondet, quelle serait la pathogénie de cette malformation : la peau de la fesse s'épaissit, le tissu cellulaire s'hypertrophie (adipose sous-cutanée) ; il en résulte une augmentation de poids de la région fessière, qui, sous l'influence de la pesanteur, se tasse dans sa partie inféro-interne ; de là, l'aplatissement supéro-externe de la fesse et l'abaissement du pli fessier. Cette action de la pesanteur est encore favorisée par la perte de tonicité des muscles et des téguments : au point où cesse cet état atonique, se produit le double pli anormal.

Quoiqu'il en soit de cette interprétation, il importe de remarquer que des modifications de la morphologie fessière, assez analogues aux précédentes, se trouvent aussi dans la coxalgie. Pour différencier les deux affections, on peut recourir avec avantage à la manœuvre suivante, qui porte le nom de *signe de Lasègue* : si l'on fléchit la cuisse sur le bassin, après avoir préalablement fléchi la jambe sur la cuisse, on ne détermine pas de douleur quand il s'agit d'une sciatique ; au contraire le même mouvement pratiqué, la jambe étant dans l'extension, tiraille le tronc nerveux (de Beurmann (3), et provoque, en cas de sciatique, une souffrance très vive (4).

III. — La dernière et la plus récemment décrite de ces déformations occupe la région dorso-lombaire. Elle a droit à quelques détails, non seulement à cause de l'intérêt qui s'attache à son étude, mais encore parce qu'elle soulève une question de priorité.

C'est M. Charcot, qui le premier, en 1886, observa une déformation spéciale du tronc dans la sciatique. L'année suvante, M. Ballet présentait à la Société médicale des hôpitaux, un malade atteint de sciatique fruste, chez lequel cette déviation avait mis sur la voie de l'affection causale. Enfin, en 1888, M. Babinski publia, dans les *Archives de Neurologie*, la première étude complète sur cette question. Dès lors, l'attention était mise en éveil et les travaux se multiplièrent. Qu'il nous suffise de citer pour la France la thèse de S. Texier et les articles de MM. Bouchaud et Brissaud, et, pour l'étranger, les mémoires et communications de Toralbo, Gussenbauer, Massalongo et Jasinski (1).

En même temps, comme il arrive toujours à l'annonce d'un fait nouveau, ont surgi des revendications nombreuses. Erb réclame pour lui et pour Nicoladoni la priorité de la découverte ; Gussenbauer se l'attribue à lui-même et à Albert (de Vienne) ; enfin, Schüdel, élève de Kocher, et Massalongo croient devoir en faire honneur, le premier à son maître, le second au professeur Vanzetti. Sans suspecter la bonne foi de toutes ces allégations, il convient de remarquer que leurs auteurs n'ont songé à communiquer au monde médical le fruit de leurs observations qu'après l'article de M. Babinski ; or, on ne saurait assimiler celui qui constate un fait par hasard et n'en tire aucune déduction, à celui qui le met en relief et lui donne sa signification précise. Aussi, malgré la tendance qu'ont certains pays à vouloir monopoliser toutes les découvertes, semble-t-il strictement équitable de donner ici gain de cause à l'Ecole française.

Quels sont donc les caractères de cette déformation litigieuse ? Elle est constituée par une *attitude vicieuse du tronc* qui s'incline sur le côté sain. Cette inclinaison peut être assez accentuée pour que le rebord costal inférieur arrive se mettre en contact avec la crête iliaque, souvent moins élevée de ce côté que du côté malade ; maintes fois aussi le tronc se fléchit en avant et la démarche devient particulière ; suivant l'expression de M. Teissier (de Lyon), les porteurs de sciatique s'avancent courbés sur eux mêmes : ils marchent en saluant. Du reste, le membre malade est souvent lui-même à demi fléchi, pour atténuer la douleur, et le pied repose sur le sol par toute sa face plantaire mais moins énergiquement que celui du côté opposé.

Comme corollaire de l'inclination du tronc, la colonne vertébrale présente une double déviation latérale : la courbure inférieure, qui correspond à la région dorso-lombaire, tourne sa concavité du côté sain : la courbure supérieure, ou courbure de compensation, le tourne du côté malade : il s'agit en un mot d'une *scoliose dorso-lombaire*. L'attitude penchée du tronc sur le côté sain est une formule habituelle, mais non absolue de la déformation. M. Brissaud a rapporté, en effet, trois cas de *scoliose homologue*, dans lesquels le tronc, contrairement à la règle, s'inclinait du côté malade ; on avait affaire, dans ces cas, à une forme de *sciatique spasmodique*, avec trépidation plantaire et exagération des reflexes rotuliens.

La déformation vertébrale se montre à une époque

(1) Landouzy (*Rev. mens. de méd. et de chirurg* 1878). On peut rattacher à cette déformation les paralysies amyotrophiques limitées à la zone d'innervation du sciatique poplité externe et signalées tout récemment par M. Charcot (voir Guinon et Parmentier, *Arch. de Neurol.* 1890.)

(2) Petiot. — Déformations de la région fessière. (*Th. Lyon*. 1886).

(3) De Beurmann (*Arch. de physiol.* 1884);

(4) On peut rapprocher de cette variété un genre de déformations dont M. Lamy, interne des hôpitaux, vient de rapporter deux exemples (*Progrès médical* 1891). Il s'agissait de malades atteints de *sciatique spasmodique* et qui présentaient, avec un *raccourcissement* apparent du membre malade, un *élargissemen de la fesse* du même côté, dû à un mouvement de rotation du bassin.

(1) S. Texier (*Th. Paris* 1888); Bouchaud (*Journal des Sciences méd. de Lille* 1888); Brissaud (*Arch de Neurol.* 1890); Toralbo (*Gazz. méd. lomb.* 1889). Gussenbauer (*Trag. médic. Wochen.* 1890); Massalongo (*Gior di Neurop*, 1890); Jasinski (*Congrès des chirurg. polonais*).

Digitized by Google

variable, sa date d'apparition n'est nullement liée à l'ancienneté de la sciatique ; elle est plutôt en rapport avec l'intensité de la douleur. Elle est surtout prononcée quand le malade est resté debout pendant un certain temps (S. Texier) ; moins accusée au moment du réveil, plus marquee le soir, elle résiste aux tentatives de redressement que l'on exerce sur elle. Elle ne disparait ni dans le décubitus dorsal, ni pendant le sommeil naturel ; mais elle s'atténue et s'efface, au moins si elle n'est pas trop ancienne, pendant l'hypnose chloroformique.

Quant à son mode de production, MM. Charcot et Babinski ont émis la théorie pathogénique suivante : dès le début de l'affection, pour amoindrir sa douleur, le patient contracte instinctivement les muscles latéraux du tronc qui se penche alors du côté opposé à la sciatique. Plus tard, par l'effet de l'habitude, cette contraction musculaire se change en une véritable contracture; c'est-à-dire en un état spasmodique permanent, et ainsi se trouve constituée l'attitude vicieuse. Mais que devient-elle ultérieurement? *A priori*, deux terminaisons sont possibles : ou bien à la longue les muscles contracturés se rétracteront, et la déviation sera rendue permanente ; ou bien la souffrance venant à s'atténuer ou à disparaître, si les muscles n'ont pas subi un travail de rétraction fibreuse, le corps abandonnera son attitude défensive et l'habitus redeviendra correct. Ce mode de terminaison par guérison, admis théoriquement jusqu'à ce jour, vient de recevoir la sanction de la cinique ; M. Souques (1) a publié récemment l'histoire de deux malades qui, atteints de sciatique déformante, ont corrigé spontanément leur déviation vertébrale quand leurs douleurs ont été calmées.

Ces faits dictent le traitement qui, en pareil cas, doit être mis en œuvre. Devant une déformation scoliotique de la région lombaire, on devra rechercher si cette déformation n'est pas sous la dépendance d'une sciatique. et ce point une fois établi, on saura de quel côté doivent porter les efforts de la thérapeutique. On repoussera tous les appareils contentifs (corsets, tuteurs, etc.) pour s'attaquer surtout à l'affection causale, et l'on pourra espérer la guérison de l'attitude vicieuse en combattant la névralgie. On se sera préalablement assuré qu'il n'existe pas de rétraction fibro-tendineuse en pratiquant l'examen sous le chloroforme Si pourtant le travail de rétraction s'était effectué, la cure de la sciatique seule serait impuissante à amener le redressement du tronc; il faudrait alors recourir à une intervention chirurgicale.

EM. TOURNIER.
Interne des hôpitaux de Paris.

(1) SOUQUES. (*Nouv. Iconon. de la Salpêtr*, 1890.)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

MÉDECINE

Le poison du cancer, par M. ADAMKIEWICZ. — Déjà dans une communication antérieure l'auteur faisait part à l'Académie des sciences de Vienne de la découverte d'un poison retiré des tissus cancéreux. Il vient plus récemment d'étudier l'action physiologique de cette substance (*Wiener medizinische Blætter*, 1891, n° 4).

Les phénomènes toxiques peuvent se diviser en deux périodes. Dans le premier stade, on observe de l'accélération de la respiration, de la tachycardie, du rétrécissement pupillaire, de la sialorrhée et des crampes puis de l'opisthotonos qui force l'animal à se coucher sur le dos ; enfin il y a de l'hébétude, l'animal gît sur le côté, la respiration rapide, sans pouvoir se relever. Dans le deuxième stade, prédomine la paralysie; l'animal sort de temps en temps de sa torpeur et semble vouloir se dresser. Les excitations extérieures le font lever et avancer, mais il retombe comme absorbé, reposant sur le ventre, difficile à réveiller. Debout, il présente une grande faiblesse du train de derrière, tout le corps et la tête tremblent, claquements de dents. La sialorrhée s'accentue et l'animal finit par tomber mort, à moins que l'empoisonnement soit peu intense. L'action toxique semble porter sur la mœlle allongée. H.G.

Un cas de mort après une injection intra-pulmonaire, par M. FRENCH. — Il s'agissait d'un phtisique qui depuis quatre jours était soumis au traitement par les injections intra-pulmonaires d'huile créosotée. Après chacune d'elles il y avait eu diminution des crachats et de la température. On les pratiquait dans le sommet du poumon gauche (*Médical News*, 29 nov. 1890).

Une quatrième injection fut pratiquée dans le sommet du poumon droit et fut suivie d'une attaque violente de dyspnée ressemblant à un accès d'asthme paroxystique. Le malade succomba une heure et demie après. On pratiqua l'autopsie et on constata que l'aiguille de la seringue avait pénétré dans un point emphysémateux en communication avec une bronche et par son ouverture produit un pneumothorax.

On avait signalé déjà des cas de mort par bronchite aiguë à la suite de semblables injections. Il faut donc aussi tenir compte en appliquant ce traitement du danger de produire un pneumothorax. S. R.

THÉRAPEUTIQUE

Des propriétés thérapeutiques du spartium junceum, par M. le Dr B.-G. LAGOS. — Ce végétal, appelé Retamo en espagnol et Genet d'Espagne dans la nomenclature vulgaire, possède des propriétés analogues à celles du geneta bâlais. Au Chili, c'est un diurétique populaire. M. Lagos en a fait usage sous la forme d'un extrait qu'il véhicule dans l'infusion de ses fleurs (*Boletin de médecina de Chile*, août et septembre 1890).

Il a constaté sous son influence, que l'urine augmentait quantitativement et devenait claire et transparente ; que le rythme cardiaque se régularisait et que la dyspnée cardiaque était atténuée. Cette action vasculaire et diurétique se produisait dans l'espace de quatre heures et avec une dose de deux grammes d'extrait.

Une élévation plus grande de cette dose provoquerait des troubles et de l'intolérance gastriques.

Ce médicament peut être mis à l'essai contre les hydropisies de causes diverses et dans les hydropisies cardiaques de la période d'asystolie. S. R.

De l'antipyrine dans les affections de la gorge et du larynx, par MM. J. COUPARD et SAINT-HILAIRE — C'est à titre d'analgésique et d'antiseptique local que les auteurs recommandent ce médicament pour combattre la douleur et diminuer la réflectivité dans les affections laryngées. Il en est ainsi, par exemple, de la laryngite catarrhale que les quintes de toux entretiennent. En attouchements, l'antipyrine les atténue par l'insensibilisation du larynx : tandis qu'à l'intérieur elle atténue le pouvoir excito-moteur (*Revue de laryngologie et de rhinologie*, 15 janvier 1891).

A l'intérieur, on le prescrit dans ce but à raison de 1 à

Digitized by Google

2 grammes par jour. Quant aux attouchements laryngés, on les renouvelle deux ou trois fois par semaine au moyen d'une solution concentrée de 4 à 16 grammes d'antipyrine dans 10 grammes d'eau. Enfin on peut prescrire trois pulvérisations quotidiennes, de cinq minutes de durée avec la solution suivante :

Eau	200 grammes
Antipyrine	6 grammes

Ou bien : en associant l'antipyrine et l'acide phénique :

Acide phénique..	1 gramme
Antipyrine	6 grammes
Eau	500 grammes

Cette médication est indiquée dans toutes les affections catarrhales du larynx, les congestions pharyngo-laryngées, et des ulcérations tuberculeuses de l'épiglotte. Elle mériterait d'être mise à l'essai contre la toux quinteuse des phtisiques.

S. R.

Traitement de la pleurésie séreuse, par M. Lewaschew. — Ce traitement consiste à retirer par aspiration une faible quantité du liquide pleural et à injecter une quantité égale d'une solution de chlorure de sodium à sept pour cent dans l'eau stérilisée (*Deut. Med. Woch*, 1890, n° 52).

Cette injection a pour effet de prévenir les dangers d'une chute de pression rapide, d'être peu douloureuse et de favoriser la résorption par le mélange de la solution saline au liquide pleural. M. Lewaschew obtiendrait ainsi une abréviation du traitement et des sucres, même dans les cas de pleurésie purulente.

Sans chercher à en édifier la théorie, on peut admettre que la modification dans la densité du liquide pleural n'est pas sans action sur la rapidité plus grande de l'absorption et les phénomènes d'osmose.

S. R.

REVUE DES THÈSES

La phtisie des alcooliques, par M. Dejean de la Batie (*Thèse de Paris*, 1890).

M. Théodore Dejean de la Batie, dans sa thèse inaugurale, nous présente une intéressante étude de la prédisposition que crée l'alcoolisme pour l'évolution de la tuberculose pulmonaire : l'alcoolisme, surtout produit par l'absinthe et les amers, favorise le développement de la phtisie chez les gens indemnes d'hérédité et même chez ceux qui y sont moins sujets par suite de rhumatisme et d'impaludisme. Cette phtisie alcoolique débute par le sommet du poumon droit et généralement à sa partie postérieure ; elle évolue en général très rapidement, en quelques mois, et prend quelquefois la forme de tuberculose miliaire aiguë ; tel est le résumé de ce travail dans lequel l'auteur s'efforce de bien montrer l'influence du terrain sur l'évolution de la tuberculose, faisant jouer au bacille de Koch un rôle moins considérable que celui qu'on tend à lui attribuer aujourd'hui.

Des entozoaires de l'encéphale, par M. le Dr Szczypiorski (*Thèse de Paris*, 1890).

Très intéressant travail sur une question peu connue. L'auteur nous fait passer en revue les cysticerques et les échinocoques qu'on rencontre le plus souvent dans l'encéphale, les premiers siégeant à la périphérie, les seconds, au contraire, dans le parenchyme de l'organe. Les signes cliniques sont des plus variables : céphalée persistante, épilepsie et paralysies partielles, démence croissante, marche progressive, durée de deux à trois ans pour les échinocoques ; les cysticerques, au contraire, sont caractérisés par une marche irrégulière, un début plus tardif de l'épilepsie passagère par accès, des contractures, des vomissements, des troubles psychiques, de la céphalalgie intermittente, une durée des plus variables, de quelques mois à douze ans. L'auteur termine cette remarquable étude par le pronostic, toujours très grave puisque la mort se produit fort souvent, et par le traitement qui consistera d'abord en une prophylaxie sévère, puis en l'expulsion du ténia, enfin en une trépanation au point où se montre la tumeur et où les symptômes permettent de la localiser.

La lèpre au point de vue de la contagion, par M. le Dr Ménos (*Thèse de Paris*, 1890).

M. Ménos établit la contagion de la lèpre d'une façon positive et indiscutable en s'appuyant sur de nombreux faits qu'il divise en plusieurs classes, faits avérés de la transmission de la lèpre à l'homme par un lépreux, épidémies de lèpre et possibilité de les arrêter par une prophylaxie sérieuse, faits tirés de la nature parasitaire de la lèpre, faits tirés de l'histoire générale de la lèpre. Il termine son intéressante étude par un aperçu sur la prophylaxie de l'affection, sur l'isolement des malades dans des léproseries modèles et sur les principaux traitements de la lèpre actuellement employés.

L. Rénon.

MÉDECINE D'URGENCE

Comment traiter la douleur dans un accès de colique hépatique ?

Un calcul pénètre dans les voies biliaires : un accès douloureux de colique hépatique se déclare : quelle conduite faut-il tenir ?

Attendre, spectateur désarmé, l'expulsion du cholélithe et la fin de la crise? Non : *point d'expectation.*

Il faut intervenir ; le malade et l'humanité l'exigent : comment? La réponse est classique et paraît naïve : en calmant la douleur et en combattant le spasme.

Cependant, voici une objection : on a écrit — que n'écrit-on pas ? — « Les coliques hépatiques sont utiles ; elles facilitent l'expulsion des calculs. » Encore un peu et on ajouterait : « Crises salutaires, elles sont un mal providentiel, on doit les respecter. »

Faut-il s'émouvoir de l'objection ? Non, il y a erreur de mots. On prononce le mot colique ; c'est crise qu'il faudrait dire : car si dans la cholélithiase, la crise hépathique peut devenir un dénouement ; la douleur, M. de la Palisse lui-même en aurait convenu, en est seulement un pénible incident.

De plus, la douleur aggrave la crise : elle augmente le spasme ; le spasme à son tour arrête le cholélithe en migration. Pour diminuer le spasme, il faut atténuer la douleur et comme on le dit en latin savant : *doloris sedatio, spasmos solvit.*

L'indication est donc formelle ; on prescrira les agents antalgiques et antispasmodiques.

Cependant, il faut choisir parmi ces agents. Les indications thérapeutiques varient. Il y a douleur et douleurs.

Le cholélihiasique en accès accuse des *douleurs locales* et des *douleurs irradiées*, les secondes d'ordinaire plus vives font oublier ou méconnaître les premières, En latin, cela se dit encore : *duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum.*

Digitized by Google

Les *douleurs locales* sont fixes et constantes. Elles ont pour foyer la paroi irritée des voies biliaires et pour caractère, une sensation de gêne dans la région du foie ou parfois l'hyperesthésie de l'hypochondre droit.

Par leur intensité, les *douleurs irradiées* sont plus imposantes. Leur variabilité de siège, d'intensité et de durée a donné aux cliniciens l'occasion de multiplier les formes de la colique hépatique : *formes bruyantes*, avec douleur hépatique, vomissements, soif ardente et *formes frustes*, où au lieu d'accuser sa douleur au foie le cholélithiasique la sent ailleurs : à la tête (*forme migraineuse*); à l'estomac (*forme pseudo-gastralgique*); au cœur ou dans le bras gauche (*forme cardialgique* et *forme pseudo-angineuse*); vers les voies urinaires (*forme pseudo-nephrétique*), dans l'abdomen (*forme entéralgique*), ou bien encore selon la durée, la violence des sensations pénibles : *formes comateuses*, *syncopales*, *à répétition*, *par accès subrintrants*, *prolongées*, etc., etc.

Inutile de poursuivre cette énumération. Bien qu'incomplète, elle suffit à justifier mes prémisses et cette conclusion : que la violence des *douleurs irradiées* ne doit pas faire oublier la discrétion des *douleurs localisées*. On doit donc intervenir, comme je l'ai démontré naguère (1), par une manœuvre thérapeutique à double action : ici à l'aide de moyens antalgiques locaux, là par des moyens antalgiques généraux.

Où, quand et comment les employer ?

Traitement des irradiations douloureuses. — Ces sensations sont d'origine reflexe et, pour ce motif, justiciables seulement des agent antalgiques susceptibles « de suspendre l'activité des centres nerveux percepteurs. »

Ces agents appartiennent à la famille des stupéfiants et à celle des anesthésiques : opium, morphine — auprès de laquelle, par analogie d'effets, parait-il, question discutable, on a placé l'antipyrine — puis belladone, chloroforme, éther, etc., etc. En apparence, ces ressources thérapeutiques sont nombreuses. En fait, elles ne le sont pas toujours assez.

Par quelle voie les introduira-t-on dans l'organisme ?

Par la *voie buccale* ? C'est la plus commode, mais non la plus certaine. Le cholélithiasique vomit souvent et l'intolérance gastrique s'oppose à l'emploi des potions.

S'y prendra-t-on à revers, frappant à une autre porte ? On le fait, mais autre inconvénient ; par la *voie rectale*, l'absorption n'est ni rapide ni fidèle. Puisqu'il faut agir vite et sûrement, *tuto et cito*, ce procédé doit passer pour un pis-aller.

Il y a *l'absorption par les voies respiratoires* avec le chloroforme et l'ether pour agents anesthésiques. C'est un moyen extrême dont les circonstances solennelles justifient seules la nécessité.

Il reste donc la *voie sous-cutanée* et les injections hypodermiques de morphine. On en a médit : n'a-t-on pas fait le procès de tous les opiacés dans le traitement des affections hépatiques ?

D'accord avec l'expérience, la raison condamne ces scrupules et jusqu'à plus ample informé conseille l'emploi des injections sous-cutanées de morphine dans la majorité des cas.

Quelles sont donc les indications de la morphine ?

On peut les résumer ainsi : *pressantes* dans les formes syncopales, pseudo-angineuses ou pseudo-gastralgiques ; *nécessaires* quand il s'agit de crises prolongées, subintrantes ou accompagnées d'accidents nerveux, elles sont toujours *utiles* s'il s'agit d'un cholélithiasique en puissance d'artério-sclérose, de cardiopathie ou d'un état cachectique, états morbides où, pour des raisons aujourd'hui bien connues, il y a urgence d'abréger la crise, de prévenir les troubles circulatoires et d'éviter la syncope en abolissant au plus tôt la douleur et en modérant les reflexes.

Le plus souvent on se décidera donc pour l'injection de morphine ; c'est, je le répète, la méthode de choix.

A quels signes reconnaître l'action thérapeutique de cette médication ?

A la sédation de la douleur ; ce cas est à la fois heureux et banal. Cette sédation se produira dans l'espace de cinq, dix à quinze minutes.

Est-elle plus lente à se manifester ? Le malade éprouve seulement de l'engourdissement et de la somnolence.

D'ailleurs, la thérapeutique générale a donné la raison de ces différences dans l'action du médicament. Comme pour les autres remèdes, elles dépendent des antécédents, des habitudes du malade et de la race à laquelle il appartient, l'action narcotique étant plus rapide, au témoignage démonstratif de Buckheim sur les individus des races intelligentes que sur ceux des races inférieures.

L'action antalgique dépend en outre, élément d'appréciation clinique plus aisée, de l'intensité de la crise et de l'élévation de la dose employée ?

Quelle sera cette dose ? D'emblée, l'élèvera-t-on à un centigramme et demi ou deux centigrammes ? Non. On doit ménager la susceptibilité parfois extrême du cholélithiasique pour la morphine.

Au lieu d'une *dose unique* et *massive*, on préférera donc des doses *petites* et *répétées*. On débutera par un demi-centigramme, on surveillera l'effet antalgique, et s'il tardait à se manifester, on répéterait l'injection une ou deux fois de quart d'heure en quart d'heure ou de demi-heure en demi-heure.

Il faut, en effet, éviter des mécomptes, les accidents foudroyants, dont on cite quelques exemples, et surtout l'exagération des vomissements que l'adjonction de l'atropine, dans la formule suivante, précaution classique, mais non absolument fidèle, a pour objet de prévenir :

Hydrochlorate de morphine....	0,05 centigr.
Sulfate neutre d'atropine.....	0,005 milligr.
Eau distillée de laurier-cerise..	10 grammes

Un centimètre cube de cette solution, en d'autres termes le contenu d'une seringue de Pravaz, représente un demi-centigramme de morphine ; c'est la dose qu'il convient d'adopter pour obtenir, en la répétant au besoin, comme on l'a écrit souvent, remarque d'ailleurs assez

(1) Ch. Eloy. Thérapeutique générale de la douleur (*Dict. Encycl. des Sc. méd.* 1888, t. XXV, p. 505.

Digitized by Google

vulgaire, le maximum d'effet thérapeutique avec la quantité minima du médicament.

Malgré son efficacité, la morphine n'est pas toujours acceptée. En pratique, n'y a-t-il pas, comme cela, des préventions rebelles aux leçons de l'expérience et à celles de la raison ?

Est-ce le seul motif pour lequel on a, dans ces derniers temps, proposé de substituer l'*antipyrine* à la morphine ? On se l'est demandé.

L'antipyrine est un nervin; elle modère l'activité des centres percepteurs et la réflectivité. Il n'en fallait pas plus, paraît-il, pour en justifier l'essai. On l'a donc prescrite, en injections sous-cutanées, ainsi formulées :

Antipyrine.....	5 grammes
Eau distillée.....	7 gr. 50 centig.

Chaque centimètre cube, c'est-à-dire le contenu d'une seringue de Pravaz, renferme un demi-centigramme d'antipyrine.

On pratique successivement deux à trois injections d'un centimètre cube de cette solution, et dès que la tolérance stomacale le permet, on administre quotidiennement trois à quatre doses d'un gramme du médicament.

Mais inutile d'insister : l'antipyrine ne peut remplacer la morphine. Les recommandations trop chaleureuses dont elle a été l'objet, la compromettent. Il n'en faut pas plus, on le comprend, pour mettre les praticiens en juste défiance contre ces vertus bonnes à tout faire d'un médicament, que certains thérapeutes essayent encore de faire passer pour le remède universel.

Les *lavements laudanisés* et les *suppositoires* motivent d'autres préventions. On accuse les premiers d'être mal retenus par un intestin indocile ou rapidement expulsés dans les efforts de vomissement. C'est alors, n'est-ce pas, un fâcheux contre-temps !

Avec les seconds, autre inconvénient : action thérapeutique tardive, champ d'absorption rectale limité à une étroite surface correspondant à celle du suppositoire; puis comment ne pas tenir compte de toutes les éventualités ? N'y a-t-il pas des malades pusillanimes qui ne savent ou ne veulent point accepter cet engin médicamenteux?

Les médecins de Vichy plaident volontiers en faveur du suppositoire. Ici, n'est-il pas fort sage de se montrer éclectique ?

En lavement, on prescrira l'opium dont, à l'instar de Portal et de Van Swieten, on élèvera au besoin la dose jusqu'au narcotisme commençant. Une formule vulgaire répond à ces indications; la voici :

Laudanum de Sydenham.....	1	gramme.
Huile d'olives.....	30	—
Décoction de graine de lin...	120	—

En suppositoires on a encore le choix entre l'opium isolément employé ou bien associé au castoréum et la belladone.

Vers 1820, le castoréum eût son heure de célébrité. Bricheteau le recommandait comme un antispasmodique fidèle (1). Soit ; mais à défaut de cette noble vertu et sous la forme de poudre, il peut entrer modestement comme un véhicule, dans la composition des *suppositoires opiacées* suivants :

Extrait d'opium.....	0 gr. 08
Castoréum pulvérisé...	6 —
Beurre de cacao.....	24 —

F. s. a. divisez en six suppositoires. Appliquer de demi-heure en demi-heure un de ces suppositoires jusqu'à diminution de la douleur.

Les *suppositoires opiacées et belladonés* de Senac sont plus actifs, chacun d'eux contient :

Extrait de belladone..... }	ãã 0 gr. 02
Extrait d'opium ..... }	
Beurre de cacao.....	4 grammes

F. s. a , six suppositoires semblables.

Les trois premiers sont appliqués de demi-heure en demi-heure, et les trois suivants à une heure d'intervalle, quand l'action thérapeutique est incomplète ou tardive à se manifester.

Les symptômes d'une intoxication belladonée sont-ils à redouter ? Malgré l'élévation des doses, on les observe rarement; il semble qu'un cholélithiasique en accès possède pour la belladone une tolérance spéciale. Comme l'opium est le meilleur contrepoison de la douleur, le spasme douloureux serait celui de la belladone.

Les lavements et les suppositoires sont indiqués, tout au plus, contre les accès douloureux de médiocre intensité.

C'est la *médication du cholélithiasique qui a le temps d'attendre.*

L'*administration des médicaments par la voie buccale* produira, on le sait, des résultats plus rapides et plus décisifs. Cette méthode, suppose, on le sait aussi, une tolérance gastrique qui trop souvent, hélas! fait défaut. C'est *donc la médication du cholélithiasique qui ne vomit pas*, ou qui vomit peu.

On peut alors essayer la morphine sous la forme de prises et formuler ainsi ces dernières :

Hydrochorate de morphine.....	0 gr. 01
Sucre pulvérisé.....	0 — 30

M. s. a. pour une prise.

On administre une première prise, puis le malade demeure dans le repos absolu. Une demi-heure après, s'il y a lieu, il ingérera une deuxième prise semblable que l'on répètera au besoin une troisième fois.

Pour obtenir un bénéfice de cette médication, le moment le plus favorable n'est point le commencement de la crise, mais celui où le calcul est depuis quelque temps engagé dans les voies biliaires.

La morphine peut, il est vrai, provoquer des nausées. Contre ces dernières, on prescrira l'ingestion de la glace après chaque prise. Ce petit artifice de posologie est banal, et malgré son emploi, la morphine, ingérée par la voie buccale, n'est encore, il faut bien l'avouer, qu'une ressource de deuxième ordre dans le traitement de la douleur des cholélithiasiques.

Mêmes objections contre le *chloral*; comme Gubler le disait, cette substance est un médiocre anesthésique. D'ailleurs, l'estomac le supporte souvent mal, aux doses élevées et ici nécessaires de 1, 2 et 3 grammes.

L'éther et le chloroforme lui sont préférables ; ils constituent les agents actifs des potions les plus généra-

(1) Bricheteau (*Société méd. d'émulation*, 1826).

Digitized by Google

lement prescrites et dont il est aisé de varier la composition.

En raison de ses propriétés antispasmodiques, on a recommandé plus particulièrement l'*éther*. Soit ; dans ce cas, je l'associe volontiers aux opiacés dans la potion ainsi formulée :

Sirop de gomme	60 grammes
Eau de fleurs d'oranger . . .	40 —
Ether sulfurique	4 —
Laudanum de Sydenham. . .	X gouttes

Agiter avant de s'en servir. — Une cuiller à soupe de quart d'heure en quart d'heure ou de demi-heure en demi-heure.

On connaît la difficulté de faire véhiculer le *chloroforme* dans la plupart des excipients pharmaceutiques. L'intolérance gastrique du cholélithiasique augmente encore cette difficulté.

C'est ainsi que les potions huileuses sont mal acceptées et que l'émulsion du médicament, par la méthode de Jaillard, dans le lait édulcoré et aromatisé, ne réussit guère. On est donc réduit à prescrire le chloroforme, dans un excipient gommeux, à l'imitation de Bennett, ou alcoolique, à celle de Tourasse, et l'une des préparations suivantes :

Chloroforme	1 gr. »
Teinture de myrrhe	1 gr. 50
Mucilage de gomme.	8 gr. »
Eau distillée	90 gr. »

A prendre par grandes cuillerées de quart d'heure en quart d'heure jusqu'à effet sédatif.

Ou bien :

Chloroforme	1 gramme
Alcool à 80°	8 —

Faire dissoudre et mélanger à

Sirop simple	80 grammes
Eau distillée de laurier cerise .	10 —

A ingérer par cuillerée à bouche de demi-heure en demi-heure.

Au reste, on le sait assez, c'est à l'absorption par la muqueuse des voies respiratoires qu'on s'adresserait plus volontiers, dans l'espérance d'obtenir du chloroforme et de l'éther une action antalgique et antispasmodique rapide et certaine.

Cependant, il faut le reconnaître, l'*éthérisation* et la *chloroformisation* — celle-ci, du reste, plus usitée que celle-là — procurent au cholélithiasique un assoupissement seulement partiel. Avec des doses de 10, 15 et même 30 grammes de chloroforme, Villemin (de Vichy) n'a pu obtenir qu'une courte anesthésie. Après ce répit, la crise reprenait.

Ce bénéfice fort modeste, on en conviendra, s'acquiert au prix des dangers habituels à la chloroformisation et à l'éthérisation. On réservera donc les inhalations d'éther ou de chloroforme aux malades rebelles à la morphine ou aux autres médications, mais exempts, cela va sans le dire, de lésions cardiaques, vasculaires ou pulmonaires.

Dans ces conditions seulement, on pratiquera les inhalations avec les vapeurs dégagées par le mélange suivant :

Alcool.	2 grammes
Chloroforme	4 —
Éther sulfurique	6 —

La technique de ces inhalations est fort simple. On fait respirer au malade quelques gouttes de ce liquide sur un mouchoir ou un tampon de ouate, et on arrive à provoquer une atténuation de la douleur et de la crise sans s'exposer aux dangers de la chloroformisation absolue.

Néanmoins, comme dans le traitement de la douleur en général, ces inhalations constituent une méthode d'exception : le traitement des cas graves. Elles ne sont indiquées, je le répète, qu'après l'échec des injections de morphine et de tous les autres moyens médicamenteux.

II. **Traitement des douleurs locales.** — Topiques variés, frictions, sinapismes, sangsues, vésicatoires, cataplasmes, etc., etc. ; l'imagination fertile des thérapeutes a multiplié les remèdes destinés, dans l'esprit de leurs inventeurs à atténuer les douleurs locales de la colique hépatique. Entre ces moyens, on devrait éprouver, il semble, l'embarras du choix ? Non.

De ces douleurs, les unes sont *inflammatoires*, résultent de la prolongation de la crise et de l'inflammation des voies biliaires ; les antiphlogistiques, et les résolutifs, — comme nos anciens le disaient, — en font justice. Elles sont le triomphe du cataplasme, laudanisé ou non, des onctions mercurielles, de la glace et des émollients. Je passe : ce traitement n'est point de médecine d'urgence.

Les autres sont des *douleurs fonctionnelles*. Elles siègent au foyer du spasme : le cholélithe les provoque : par son cheminement, il les entretient. Elles débutent avec l'accès et finissent avec lui. A la médication antalgique de les combattre. Comment ?

Par les bains généraux ? Comment les administrer ? L'observation clinique démontre qu'ils doivent être *longs*, aussi prolongés que possible, *chauds* d'emblée ou, mieux encore, graduellement réchauffés de 30° à 33 et 35° par l'addition d'eau bouillante ; *répétés* enfin, leur répétition à courts intervalles produisant la sédation. Je pourrais en citer des exemples, dans des cas d'accès subintrants, tenaces et rebelles.

Cependant les bains ne sont point toujours possibles. On dispose bien de pommades et de liniments opiacés ou belladonnés, devant, ceux ci, par leurs vertus amyosthéniques, modérer le spasme des voies biliaires ; ceux là, par leur action analgésiante, engourdir, pour ainsi dire, les extrémités nerveuses dont la fonction consiste à collecter les impressions douloureuses. Théoriquement cela ainsi se raisonne ; pratiquement, ces remèdes s'ordonnent — il faut bien ordonner quelque chose — en fait, c'est là tout au plus une thérapeutique de consolation...

Il y a mieux, fort heureusement. Je veux parler de l'utilisation clinique des agents qui suspendent la douleur en provoquant par voie réflexe des inhibitions nerveuses.

Ces agents sont nombreux : excitants thermiques, rubifiants, vesicants ; il y a beau temps qu'empiriquement on les prescrit. Comme cela, sans le savoir, les thérapeutes ont fait de la physiologie à la manière dont M. Jourdain écrivait des vers.

Bricheteau soulageait les douleurs hépatiques rebelles par l'application de vessies de glace sur l'épigastre et la région correspondante du dos. C'était de l'inhibition

Digitized by Google

appliquée à la thérapeutique. On peut imiter son exemple. On promènera donc sur l'hypochondre droit des *sacs à glace*, des *ventouses sèches*, et, mieux encore, j'ai maintes fois constaté l'efficacité de ce moyen, on appliquera sur cette région une *compresse imbibée de chloroforme pur* ou d'*éther*, liquides dont une soucoupe renversée, unecouche d'ouate et une feuille de taffetas gommé retarderont l'évaporation.

Enfin, médication reposant sur un autre principe : on a le *massage*.

Ce traitement mécanique de la douleur est une ressource moins vulgaire. Il convient seulement contre les douleurs locales, rebelles et prolongées.

On le présente comme nouveau. Il nous revient, il est vrai, de l'étranger sous le patronage et avec la recommandation de G. Harley. Cependant il date de loin : c'est toujours en latin qu'on le dit, *multa renascuntur quæ jam cecidere*. Pujol le conseillait et naguère M. Villemin l'utilisa deux fois avec succès.

Il convient quand le calcul enchatonné ne dépasse pas le volume d'une noisette.

La *technique de Pujol* et de M. Villemin est de simplicité. La voici : l'opérateur se place au côté droit du malade. Il exerce sur l'hypochondre droit des frictions de dehors en dedans et un peu de haut en bas. Ces frictions doivent être *légères* et quand le massage réussit, il éprouve « un petit mouvement sous les doigts » La douleur cesse-t-elle ? Le succès est définitif; le calcul est limité dans la vesicule ou dans l'intestin.

Ce procédé est de douceur; les *manœuvres digitales* de Harley ne le sont point.

On hésitera donc toujours à en faire usage pendant la durée des crises.

M. Harley les emploie quand la vésicule distendue s'applique contre la paroi abdominale. L'opérateur déprime les téguments et comprime l'organe avec l'extrémité des doigts et « à la manière d'une poire en caoutchouc ». Cette figure de langage est imagée, mais le procédé n'en est pas moins violent ! Bref, par ce pétrissage il chasse les cholélithes hors de la vésicule dans le conduit cholédoque et l'intestin.

Ici, je m'arrête et j'admets que la médication antalgique, hypothèse heureuse et d'ailleurs vulgaire, a enregistré un succès. Hippocrate est donc satisfait; une fois de plus, suivant son précepte, on vient d'accomplir œuvre divine. Cependant un effort thérapeutique est encore nécessaire : il faut prévenir le retour de la douleur, c'est-à-dire combattre la cholélithiase. C'est une indication particulière du traitement général de l'affection calculeuse du foie; mais ce n'est point de la médecine d'urgence. J'y reviendrai donc une autre fois.

Ch. Eloy.

CORRESPONDANCE DES DÉPARTEMENTS

Tuberculose et contagion

Laval, 6 février 1891.

L...., chauffeur aux chemins de fer de l'Ouest, 35 ans; sa femme, âgée de 27 ans, tous les deux forts et bien portants, ne présentent, dans leurs familles respectives, aucuns antécédents connus au point de vue de la tuberculose. Ils ont eu cinq enfants : trois garçons, de 8 ans, 6 ans, 4 ans, une fille de 3 ans, sont vigoureux et bien portants. Ils habitent un local bien exposé, qui ne paraît avoir subi antérieurement aucune contamination suspecte.

Au mois de juillet 1889, les époux L.... reçoivent chez eux et gardent, malgré mon avis formel, Mme G..., femme de l'un de leurs amis de Paris. Cette personne âgée de 30 ans était phtisique au 3e degré, et venait en province pour changer d'air. Arrivée à Laval le 16 juillet 1889, elle succombait, le 11 août 1889, par suite des progrès de sa maladie.

La malade vivait avec toute la famille L..., dans un logement composé de deux pièces situées au rez-de-chaussée. La femme L.., n'y voyant aucun inconvénient, confiait, à son amie, la garde de sa plus jeune fille âgée de 7 mois, qu'elle nourrissait au sein, et cela pendant le temps qu'elle-même vaquait aux soins du ménage.

Or, dans les premiers jours de décembre 1889, trois mois et demi, après le décès de la femme G..., la plus jeune des enfants L..., une fille très forte et bien portante jusqu'à ce jour, exclusivement nourrie au sein de sa mère, alors âgée de 10 mois, était prise des symptômes d'une méningite tuberculeuse parfaitement caractérisée, et succombait le 26 décembre, sans avoir présenté aucuns signes du côté des poumons. L'autopsie ne put être faite.

Ce fait peut être intéressant à plus d'un titre. Il est infiniment probable qu'il s'agit là d'un cas de contagion, ou même d'inoculation directe. L'enfant avait été en contact direct avec la malade pendant une période de six semaines. Les autres enfants plus âgés, et qui depuis sont restés indemnes, quittaient la maison pendant la plus grande partie de la journée, et n'avaient avec la femme G... que des rapports éloignés.

D'un autre côté la date d'arrivée de la femme G... dans la maison du chauffeur L..., et la date de son décès permettent de faire supposer que la période d'incubation de la méningite de l'enfant a varié entre trois et quatre mois, terme extrême. Il est également à noter que toutes les lésions tuberculeuses se sont concentrées sur les méninges, alors que les poumons et les autres organes ont paru indemnes, au moins d'après l'examen et l'ensemble des signes observés.

J'ajouterai que les époux L.... et leurs quatre enfants sont toujours sains et bien portants. Sur mon conseil, ils ont quitté depuis le local qu'ils habitaient alors, qui, sur mes indications, a été soigneusement désinfecté par des lavages antiseptiques, et dont les murs ont été badigeonnés à l'eau de chaux.

Dr Chevalier.

CHRONIQUE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Le service militaire des étudiants en médecine

Trois articles de la loi sur le recrutement visent spécialement les étudiants en médecine. Les voici :

Art. x. — Chaque année, pour la formation des classes, les tableaux de recensement des jeunes gens ayant atteint l'âge de vingt ans révolus dans l'année précédente.... sont dressés par les maires.

Art. xxiii. — En temps de paix, après un an de présence sous les drapeaux, sont envoyés en congé dans leurs foyers, sur leur demande, jusqu'à la date de leur passage dans la réserve :

Les jeunes gens qui ont obtenu ou qui poursuivent leurs études en vue d'obtenir... le diplôme de docteur en médecine... ou le titre d'interne des hôpitaux nommés au concours.

Digitized by Google

Art. xxiv. — Les jeunes gens qui n'auront pas obtenu, avant l'âge de vingt-six ans, les diplômes ou les prix spécifiés au paragraphe 2°... seront tenus d'accomplir les deux années de service dont ils avaient été dispensés.

Ces dispositions formelles n'admettent, ni tolérance, ni sursis. A l'âge de vingt-cinq ans, l'élève en médecine est appelé sous les drapeaux et y passe une année; qu'il soit étudiant de première, de seconde ou de troisième année. *Dura lex, sed lex*.

Ces exigences légales sont universelles; il faut donc en bonne raison s'y soumettre. La suivante, qui est particulière aux élèves en médecine, est surtout préjudiciable aux études et à l'avenir de la profession.

A vingt-six ans, la loi impose à l'étudiant l'obligation d'avoir terminé ses études et de posséder le diplôme de docteur. Elle lui accorde donc un délai absolument insuffisant avec l'organisation universitaire actuelle, pour terminer les études même médiocres de médecine. De là, deux solutions: ou bien, amender radicalement les programmes de l'enseignement médical, permettre aux étudiants de commencer leurs études à dix-huit ans en modifiant ou en supprimant les baccalauréats tels qu'ils existent et en les remplaçant par des examens de maturité scolaire, ou bien reculer la limite minima à laquelle l'étudiant devra posséder le diplôme de docteur.

Les Facultés, réunies en Conseil général, ont adopté le second de ces amendements. Leurs propositions, excellentes d'ailleurs, sont cependant un peu tardives. On regrette que les organes officiels de l'Université ne se soient pas décidés à montrer, dès l'origine, la même énergie et aient attendu la mise en vigueur de la loi.

Plus précoces, ces protestations eussent-elles été plus fructueuses? On peut le croire: en tout cas, elles auraient permis aux législateurs de ne pas commettre des erreurs difficilement réparables.

Cependant, mieux vaut tard que jamais. Sur le rapport de M. Brouardel, qui a toujours été le défenseur trop peu écouté de cette opinion, le Conseil général des Facultés propose au ministre de ménager les intérêts de l'enseignement et de ne pas compromettre plus longtemps le recrutement du corps médical, indispensable à la défense nationale et à nos armées, en soumettant au Parlement les propositions de loi suivantes:

1° Porter de vingt-six à vingt-sept ou vingt-huit ans la limite d'âge pour les étudiants en médecine qui aspirent à l'internat ou au doctorat;

2° Donner aux élèves de toutes les Facultés la liberté accordée à ceux de l'Ecole normale, c'est-à-dire la possibilité, ou de devancer l'appel, ce qui leur permettrait de satisfaire à la loi militaire avant de commencer leurs études, ou d'obtenir un sursis, pour n'aller au régiment qu'une fois leurs études faites.

Ces propositions fort modérées dans leurs formes consisteraient, on le voit, à rétablir l'égalité du traitement entre les élèves des Facultés et ceux plus privilégiés de l'Ecole Normale.

A cela que répondent les organes attitrés de l'administration? M. Brouardel s'est élevé contre l'obligation qui impose aux élèves en médecine une année de séjour à la caserne et de maniement d'arme. Le *Progrès militaire*, dont on connait les relations avec le Ministère de la guerre, répond dans son numéro du 31 janvier 1891:

N'est-il pas nécessaire qu'ils soient initiés à la discipline militaire, aux exercices, pour le cas — peu probable il est vrai, mais possible, — où ils viendraient à être l'objet de mesures disciplinaires.

La loi a été sage en prévoyant le cas où un officier de réserve perdrait son grade; car il sera astreint à faire le coup de feu comme un simple soldat, si sa rétrogradation est prononcée avant l'achèvement de sa vingt-cinquième année de service.

C'est donc avec raison qu'elle exige de *tous*, même de l'étudiant ecclésiastique, l'obligation d'apprendre d'abord l'*exercice*. Le contraire placerait tous les fruits secs dans la situation de ne pouvoir marcher avec leur classe en cas de mobilisation: ils se déroberaient, au moment de partir en invoquant le prétexte de défaut d'instruction militaire. Ce serait vraiment trop commode pour les esprits pusillanimes.

D'ordinaire, quand un berger répond à une bergère, c'est sur un tout autre ton. On renvoie le Conseil des Facultés à ses propres arguments, et on insinue que dans cette affaire, il fait passer des intérêts particuliers avant celui de la patrie.

Les choses en sont donc là. Espérons que ce désaccord si préjudiciable à tout le monde, prendra fin. Il y a un point sur lequel on peut s'entendre: la prolongation de la limite d'âge pour l'obtention du diplôme. Ceux même qui déclarent la loi intangible, reconnaissent, il le faut bien, que cet amendement est conforme à la raison et que l'année de service actif passée sous les drapeaux, retarde la fin des études médicales.

Il y a lieu d'espérer que l'entente se fera sur ce terrain entre le ministre qui, lui du moins, la désire et les Facultés qui ont attendu, c'était un peu tardivement, l'exécution de la loi pour solliciter cet amendement.

C. E.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES FRANÇAISES

Société de biologie (31 janvier 1891). I. *Antisepsie intestinale et tolérance des médicaments.* — **Société de thérapeutique** (28 janvier 1891). II. *Les propriétés de la pipérazidine.* — **Société nationale de médecine de Lyon** (22 janvier 1891). III. *Des dangers de l'emploi du sublimé contre l'ophtalmie purulente.*

I. **Antisepsie intestinale et tolérance des médicaments.** — Les faits signalés par M. Feré sont d'un haut intérêt pratique.

Il avait remarqué depuis longtemps que l'antisepsie intestinale augmentait la tolérance pour les bromures chez les individus soumis à la médication bromurée à hautes doses.

Il en est ainsi des malades auxquels on fait ingérer le borax à doses élevées concurremment avec les antiseptiques intestinaux. Même tolérance; point de troubles gastriques.

Comment faut-il procéder pour obtenir ces intéressants résultats? Prenons l'exemple des sujets bromurés: M. Feré leur administre chaque jour 2 grammes de salicylate de bismuth et 4 grammes de naphtol. Simultanément on peut alors leur prescrire quotidiennement 15, 16 et même 17 grammes de bromure de potassium sans provoquer aucune altération de la santé générale et par conséquent obtenir des résultats thérapeutiques considérables.

Les faits que M. Feré vient d'observer à propos des médica-

Digitized by Google

ments nervins, sont-ils particuliers? Non, sans doute! et en attendant leur généralisation, on peut à bon droit considérer l'antisepsie intestinale comme un moyen de faire tolérer les médicaments et, hypothèse qui n'est point déraisonnable, comme celui de prévenir les éruptions médicamenteuses.

II. **Les propriétés de la pipérazidine.** — Quel est ce médicament nouveau? Les auteurs qui l'ont étudié et les thérapeutes qui l'inventent n'ont pas su se mettre d'accord. On comprend que M. Bardet évite de se prononcer catégoriquement sur ce point. Néammoins, au moyen d'une série de travaux allemands (*Bericht der Deut. Chim.*, 1890, p. 3711 et 3740), il aurait pu opportunément rappeler que l'identité de cette substance avec la dyamine, la spermine, l'éthylénimine, la diéthyline, paraît probable (De Mejert et Schmidt).

La pipérazidine présente, dit-il, les réactions de la spermine. Elle lui ressemble, disent aussi d'autres auteurs. Serait-ce une spermine? On se le demande; mais, ajoute M. Vigier, elle agit comme le bicarbonate de soude. Tout cela est bien; mais ne fait pas connaître la nature et les vertus de la pipérazidine.

C'est cependant, M. Bardet le déclare, un corps fort intéressant. M. Vogt annonce qu'il l'a mis à l'essai sur lui-même et tous deux admettent que soit par la voie stomacale, soit en injections sous-cutanées, la pipérazidine modifie l'excrétion de l'urée et de l'acide urique. Ici encore, *suum cuique*, les inventeurs étrangers de la pipérazidine lui ont depuis assez longtemps connus cette vertus.

M. Vogt s'est soumis à un régime alimentaire uniforme, et pendant l'administration de la piperazidine a constaté l'augmentation de l'excrétion de l'urée et simultanément la diminution de celle de l'acide urique. Pour M. Bardet la pipérazidine rend les urates plus solubles. C'est ainsi que, par son administration à des goutteux, à raison de 0,25 ou 0,80 centigrammes et même 1 gramme par jour, il a vu les dépôts uratiques diminuer sans cependant constater l'amoindrissement du volume des tophus. Ajoutons qu'on lui attribue une action excitante sur le système nerveux.

Bref la pipérazidine est un corps chimiquement et physiologiquement mal connu. Son action ressemble à celle des médicaments alcalins. C'est tout ce qu'on peut conclure des faits déjà publiés et il serait nécessaire d'en connaître d'autres pour mettre ce nouveau remède au rang des bonnes acquisitions de la matière médicale contemporaine.

III. **Des dangers de l'emploi du sublimé contre l'ophtalmie purulente** — Le traitement le plus en faveur actuellement contre l'ophtalmie des nouveau-nés consiste, on le sait, dans la cautérisation bi-quotidienne des paupières avec des solutions argentiques à un, deux ou trois centièmes et dans l'emploi de lavages antiseptiques. Les solutions de sublimé sont souvent celles que l'on préfère. Eh bien, d'après M. Grandclément, elles ne sont pas sans danger.

A preuve, le cas suivant dont il a été témoin. Six heures après un accouchement et croyant à une conjonctivite blennorrhagique, un médecin prescrivit la cautérisation des paupières avec le nitrate d'argent et des lavages avec la solution de sublimé aux quatre millièmes. Le pus, on l'a constaté après, ne contenait point de gonocoques : il s'agissait donc d'une conjonctivite purulente simple.

A la suite de ce traitement intempestif, les cornées devinrent opaques et grenues. On cessa le traitement; l'opacité de l'une d'elles disparut, celle de l'autre persista. M. Grandclément recommande donc d'employer le sublimé avec précaution et en tout cas de faire rechercher les gonocoques dans le pus afin d'éviter de confondre une conjonctivite simple avec une conjonctivite blennorrhagique.

K. D.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 8 décembre 1890

Présidence de M. le Dr Michel Dansac

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend : 1° Un travail du Dr Trousseau sur les *Débuts oculaires de la goutte et du rhumatisme*; 2° Le 3e fascicule du 2e volume de la *Revue internationale de Bibliographie*, publié par le Dr Jules Rouvier, de Beyrouth. La correspondance écrite comprend : une lettre de candidature de M. le Dr Niepce fils qui envoie à l'appui de sa candidature sa thèse sur le *Crétinisme* et diverses publications *sur les maladies de la peau*, ou l'action des eaux d'Allevard, etc.

M. Duchène fait au nom de M. le Dr E.-D. Michel un rapport favorable à la demande d'honorariat présentée par M. Garrigou-Désarènes.

M. Potherat communique un fait de **corps étranger de la vessie** ayant déterminé la formation d'un calcul, retiré par cystotomie sus-pubienne. (Voir : n° 5, p. 73.)

M. Reliquet. — Je relève dans la communication de M. Potherat l'expression de calcul enchâtonné, qu'il a employée. Personnellement, je suis d'avis que l'enchâtonnement véritable est très rare; je n'ai trouvé en toute ma carrière que deux à trois calculs enchâtonnés. L'enchâtonnement est le plus souvent apparent et dû à ce que la vessie ouverte se contracte sur le corps étranger et l'enserre.

A ce propos il me revient à la mémoire un fait particulier. Il s'agissait d'un bohême qui vivait aux alentours de la forêt de Fontainebleau, et qui était atteint d'un calcul très dur et assez volumineux. Cependant je lui fis la lithotritie, sans chloroforme, c'était en 1872, opération qui ne dura que cinq minutes et fut incomplète. J'étais certain d'avoir laissé un morceau assez gros. Cette intervention fut suivie d'une grande excitation vésicale et je fis alors, suivant la pratique qui régnait alors, en pareil cas, la taille. Je pratiquai celle-ci sous l'anesthésie chloroformique; avant l'incision, et pendant que le malade était endormi j'explore à nouveau la vessie, et je sens nettement le gros morceau; la vessie ouverte par le périnée il me fut impossible de trouver le calcul. Au cours de mes recherches, je me rappelai qu'on avait signalé des cas où le calcul restait fixé en haut par la vessie. Je laissai donc le morceau, puis je me procurai de longues tenettes, et je pus ultérieurement le saisir en avant vers l'ombilic et le ramener. Le calcul était donc suspendu en haut et fixé par la vessie contractée sur lui.

Pourtant l'enchâtonnement véritable existe, et en 1869 j'en ai présenté un cas indiscutable, car le calcul portait l'empreinte de la vessie. En effet, dans ces cas, la partie du calcul qui est en contact avec la vessie est hérissée de graviers phosphatiques, tandis que la partie libre est lisse. Chez le malade qui portait ce calcul enchâtonné, j'avais fait, à l'aide de l'électricité, la dilatation des parois vésicales et cependant je ne pus en détacher la pierre. Je fis la taille et à l'aide d'un petit cathéter particulier de Mercier que j'introduisis entre le calcul et la vessie, je pus détacher cette pierre, mais au moment de la ramener, je ne la trouvais plus, elle était fixée par la vessie, en haut, derrière le pubis.

En somme, les calculs réellement enchâtonnés sont extrêmement rares, et après examen du calcul que M. Potherat vient de nous faire passer, je crois, sa surface étant lisse partout, qu'il n'était pas réellement enchâtonné. Mais il est une autre cause de fixation des calculs, cause qui se trouvait réalisée chez un malade que m'envoya mon maître Maisonneuve pour être examiné au sujet de la présence de la pierre. Ce sont les calculs plats. Maisonneuve, qui assistait à l'examen, voulait que je lui montrasse un morceau du calcul, s'il y en avait un. J'introduisis donc l'explorateur et je trouvai un calcul sous forme de

Digitized by Google

dépôt de quatre centimètres d'étendue environ. J'en ramenai un morceau, puis je fis la lithotritie. Ces calculs étendus en surface n'ont pas de couches concentriques, mais des couches planes, stratifiées, ce sont eux qui, par la fragmentation, donnent parfois des morceaux en aiguilles.

M. Routier. — J'ai eu jadis l'occasion d'observer chez M. Le Fort un malade à qui j'avais trouvé un calcul. Pendant plusieurs jours M. Le Fort ne put le trouver. Cependant l'ayant rencontré, il essaya vainement de le saisir et il pratiqua la taille périnéale. La vessie ouverte, nous ne trouvions plus le calcul, il fallut des recherches assez longues pour le découvrir et avec une longue tenette je pus le retirer.

Ce fait vient donc à l'appui de ce que vient de nous dire M. Reliquet, à savoir que la pierre peut être fixée par la vessie qui se contracte au moment de l'ouverture.

M. Huchard fait une communication sur l'**action physiologique et thérapeutique de la kola.**

M. Huchard prescrit ensemble l'extrait fluide de kola et l'extrait fluide de coca; de chaque 25 gr., et il donne 20 gouttes trois fois par jour ; la dernière dose est donnée à 4 heures du soir, au plus tard, pour ne pas empêcher de dormir. Quelquefois, il la donne par cuillerée à café, dans du vin de Malaga, par exemple.

La kola agit, sans doute, par sa caféine, mais très probablement aussi par les autres principes qui la constituent, et dont un au moins est connu.

M. Julliard. — Je m'étonne de voir M. Huchard associer la coca à la kola, car la coca contient la cocaïne qui est un anesthésiant. Vous savez que la mâcher calme les tiraillements d'estomac et fait cesser la faim. C'est cette propriété qui la fait utiliser par les voyageurs s'engageant à travers le désert.

M. Nicolas. — M. Hœckel a fait faire des expériences toutes récentes avec la caféine et la kola, en particulier par des officiers faisant des exercices de montagne; il a constaté que la kola rendait plus résistant que la caféine. A propos du café, je signale un petit point particulier: c'est qu'il peut donner, pris à haute dose, une ivresse réelle.

M. Huchard. — J'ai associé la coca à la kola, parce que la potion est bien plus agréable. En outre, peut-être la coca n'agit pas exclusivement comme la cocaïne; les préparations de coca, les vins de coca sont considérés comme des toniques.

M. Vigier. — Il y a peu de temps encore, nous étions tributaires de l'étranger pour les extraits fluides; il n'en est plus de même aujourd'hui. Je rappelle que dans la kola il y a aussi de la *théobromine*, qui est une essence, et qui a une action.

M. Dauchez. — M. Huchard a-t-il observé des phénomènes d'excitation cérébrale par l'emploi trop grand de la kola?

M. Huchard. — Oui, certainement. J'ajouterai que, si j'emploie une préparation de kola en extrait fluide, c'est que je ne sais ce que contiennent les spécialités de kola, le vin de kola, par exemple.

M. Vigier. — Avec la teinture, on extrait tous les éléments de la kola, ce que ne fait pas le vin qui n'extrait qu'une partie des produits. Donc, les préparations avec l'extrait fluide doivent être préférées.

M. Bonnefoy. — M. Huchard n'a-t-il pas eu l'idée, dans le cas de *lypémanie anxieuse*, auquel il a fait allusion, de cesser l'emploi du médicament pour voir si la lypémanie reprenait.

M. Huchard. — Non ; d'ailleurs, l'action de la kola est durable.

M. Huchard communique un cas d'**ascite goutteuse guérie par l'emploi du salicylate de soude.**

M. Julliard. — Peut-on, avec une *affection cardiaque*, donner le *salicylate de soude?*

M. Huchard. — Oui, certainement.

M. Dauchez. — Combien de temps le médicament a-t-il été administré?

M. Huchard. — Pendant 15 jours environ, 6 grammes au début, en donnant ensuite jusqu'à 4 grammes.

M. Descroizilles. — Le rhumatisme articulaire chez l'enfant s'accompagne souvent de lésion cardiaque, et cependant le *salicylate de soude* est bien supporté et a une grande efficacité.

M. Gautrelet. — Que pense M. Huchard de l'association du *bromure de potassium* et du *salicylate de soude*? J'ai vu dans un cas 4 grammes de ces deux substances, données ensemble, être très bien supportés et très efficaces. Cette formule était recommandée par le Dr Lugague.

M. Dauchez. — Il est difficile de se prononcer sur un fait aussi incomplet ; nous voyons souvent le rhumatisme céder très rapidement à l'emploi du *salicylate de soude* seul.

M. Huchard. — Je ne puis répondre à M. Gautrelet, mais j'appuie l'affirmation de M. Dauchez à savoir que le rhumatisme cède souvent facilement à l'emploi du *salicylate de soude* seul ; mais il faut bien dire qu'il y a des cas de rhumatisme vrai, non spécial, contre lequel rien ne fait ; c'est ce que j'appelle le *rhumatisme infectieux*, à défaut d'autre appellation plus caractéristique ; c'est un rhumatisme viscéral d'emblée, qui prend ensuite les grosses articulations et finit par les petites articulations.

M. Dauchez. — M. Huchard n'a-t-il pas vu des faits de non-efficacité du *salicylate de soude* dans le rhumatisme associé à la goutte? J'ai observé un fait de cette nature récemment.

M. Gautrelet. — Je me rappelle que M. Lugagne m'a raconté que le salicylate de soude, qui était sur lui resté inefficace, devient très efficace après association au *bromure de potassium*.

M. Huchard. — Je crois que, d'après l'efficacité du salicylate de soude, on peut classer ainsi les rhumatismes : 1° le rhumatisme fibreux, qui résiste absolument au salicylate de soude; 2° le rhumatisme *noueux*, qui est parfois amélioré par le salicylate; 3° le rhumatisme goutteux, hybridité; 4° la goutte, qui tantôt est guérie, tantôt améliorée; 5° le rhumatisme ordinaire.

Il n'est pas douteux que l'association de la goutte au rhumatisme est, jusqu'à un certain point, une condition défavorable à l'efficacité du *salicylate de soude*.

M. Garrigou-Desarènes est nommé membre honoraire.

Dr E. Potherat.

Séance du 22 décembre 1890

Présidence de M. le Dr Michel-Dansac

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté. La correspondance manuscrite comprend une lettre du président de l'Association française pour l'avancement des sciences, priant la Société de déléguer un de ses membres au Comité d'études de cette Société ; la correspondance imprimée comprend : 1° les *Annales des maladies des organes genito-urinaires*; 2° la *Gazette de Gynécologie*; 3° l'*Art Dentaire*.

A l'occasion du procès-verbal :

M. Reliquet a cherché le calcul enchâtonné dont il est question, très haut, près de l'ombilic.

M. Nicolas a fait allusion à des expériences nouvelles de M. Hukel.

M. Philbert demande si le salicytate n'est pas contre-indiqué chez les goutteux albuminuriques.

M. Huchard le croit contre-indiqué d'une façon sinon absolue au moins relative.

M. Nicolas fait un rapport sur la candidature de M. Nieppe et M. Cazeaux sur celle de M. Morice.

Digitized by Google

M. Descroizilles lit une note **sur la chorée**. (Voir p. 81).

M. Paul Blocq. — Je remarque surtout dans la très intéressante communication de M. Descroizilles que sa malade a été prise d'aphasie. J'ai pour ma part étudié cette question de la chorée molle (*Gazette hebdomadaire*, n° 1, 1890) et n'ai pas vu signaler d'aphasie vraie. C'est le plus souvent par suite des mouvements incoordonnés ou de la paralysie de la langue que le malade choréique ne parle pas, mais en réalité il ne s'agit pas là d'aphasie.

M. Descroizilles a constaté d'abord du balbutiement puis de la difficulté et de l'impossibilité absolue de parler, de sorte qu'il ne confirme pas absolument le diagnostic d'aphasie. Cependant il se rappelle que sa malade pouvait cependant mouvoir sa langue.

M. Dauchez fait une communication sur: l'**état syncopal subintrant chez l'enfant à la mamelle**. (Sera publié.)

M. Nicolas pense que la succussion cardiaque, amène la cessation des syncopes. D'autre part la respiration artificielle donne de bons résultats quand le poumon reste perméable. Dans un cas d'empoisonnement par le laudanum, qu'il a publié, il est arrivé par ce procédé à conserver la vie du malade.

Elections. — MM. Morice et Niepce fils sont élus membres associés.

Renouvellement du Bureau. — Le Bureau se trouve constitué de la façon suivante pour l'année 1891 : *président*, M. Descroizilles; premier *vice-président*, M. Boutin; deuxième *vice-président*, M. Peyrot; *secrétaire général*, M. Cyr; *secrétaire général adjoint*, M. Tripet; *secrétaires annuels*, MM. Pennel et Potherat; *archiviste*, M. P. Blocq; *trésorier*, M. F. Vigier.

Un des secrétaires,
Paul Blocq.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 février 1891.
Présidence de M le Dr Terrier

Recherches anatomiques sur l'œsophage. — M. Quenu expose les recherches qu'il a faites avec M. Hartman, pour pénétrer dans le médiastin postérieur. Ces moyens sont utiles à employer pour reconnaître les abcès de cette région, les hypertrophies ganglionnaires, les dégénérescences de l'œsophage... Le procédé consiste en une incision verticale pratiquée entre le bord spinal de l'omoplate et la ligne médiane postérieure, à quatre travers de doigt des apophyses épineuses. Arrivé sur le trapèze, on récline en dehors les fibres de ce muscle, puis on coupe le rhomboïde Après avoir écarté en dedans le bord externe de la masse sacro-lombaire, on met à découvert l'angle des 2e, 3e, 4e et 5e côtes, que l'on résèque sur une étendue de deux centimètres. On est alors arrivé sur le médiastin postérieur dont on est séparé par la plèvre pariétale ; il suffit de la décoller pour explorer avec la main l'aorte ou l'œsophage et les autres organes de la région.

M. Quenu fait remarquer que la plèvre du côté gauche se réfléchit directement de la colonne vertébrale vers le médiastin, tandis que du côté droit elle s'insinue d'abord entre la colonne vertébrale et l'œsophage pour se porter vers le hile du poumon ; il est donc plus facile de découvrir l'œsophage par ce procédé en opérant du côté gauche de la poitrine.

Cette voie pourra être utilisée pour la recherche des corps étrangers de l'œsophage, pour le traitement des cancers de cet organe, et l'exploration chirurgicale du poumon.

Réunion immédiate des plaies opératoires de la langue. — M. Berger. — Quand on a extirpé une tumeur de la langue après ligature préalable de l'artère linguale et l'ablation des ganglions engorgés, il y a intérêt à réunir par première intention les bords de la plaie, dans le but de hâter la cicatrisation. Il a coutume de sectionner la langue avec le thermo-cautère et de faire la réunion avec des sutures au catgut. Des lavages antiseptiques de la bouche doivent être faits avec une solution de chloral au 1 0/0. L'opération ainsi conduite lui a réussi dans plusieurs cas; la cicatrisation a toujours été rapide.

M. Quenu a pratiqué cette opération trois fois avec succès; il fait remarquer qu'elle est facile quand on opère sur la partie libre de la langue; il n'en est plus de même quand il s'agit de sa portion postérieure. On ne peut plus affronter la langue à elle-même, mais à la muqueuse du plancher de la bouche. Pour faire la réunion immédiate il est donc indispensable que cette muqueuse ne soit pas envahie par le néoplasme.

M. Terrier. — Quand ils opèrent sur la langue, un certain nombre de chirurgiens laissent à demeure des pinces hémostatiques qui favorisent la suppuration et l'inoculation secondaire des ganglions lymphatiques, d'où les récidives et les abcès ganglionnaires que l'on observe souvent après cette opération.

Il y a donc intérêt à obtenir par première intention la réunion de la plaie pour éviter les inoculations secondaires. Les sutures doivent être aussi éloignées que possible les unes des autres, pour ne pas couper la muqueuse ; il a coutume de les faire avec la soie stérilisée.

M. Février lit une observation intitulée : *Fracture avec enfoncement du pariétal droit* : paralysie et amyotrophie du membre supérieur gauche. Trépanation huit ans après l'accident. Guérison.

Dr H. Marciguey.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 février 1891
Présidence de M. le Dr Labbé.

Pouls lent permanent. — Albuminurie. — Succès du régime lacté. — MM. Comby et Martin-Durr. — Une femme de 79 ans, jusqu'alors bien portante, entre à l'infirmerie de Sainte-Périne le 10 décembre 1890. Elle se plaint de vertiges et de crises dyspnéiques très pénibles; elle a de l'œdème périmalléolaire, elle est sans appétit, sans force. On constate une lenteur remarquable du pouls — 32 à 36 pulsations par minute — de l'hypertrophie du cœur sans souffle, de la dilatation des carotides et des sous-clavières. Du côté des urines, on note une diminution considérable (250 à 500 grammes par 24 heures), un léger degré d'albuminurie (30 centigrammes par litre), un abaissement marqué du taux de l'urée (4 à 5 grammes en 24 heures) et des phosphates. Il est évident que la dépuration urinaire est insuffisante. Après avoir essayé le bromure de potassium, nous tentons de provoquer la diurèse à l'aide d'injections sous-cutanées de caféine (75 centigrammes à 1 gramme par jour). Nous échouons. L'oligurie persiste et l'oppression de même.

A l'instar de M. Debove (*Société médicale des Hôpitaux* en 1888) nous prescrivons le régime lacté absolu. Un changement à vue se produit. Dès le lendemain, la quantité des urines s'élève à 1100 gr., puis à 1200, 1250, 1500 grammes En même temps, les vertiges, les crises de dyspnée disparaissent, les forces reviennent et la malade peut quitter son lit et marcher sans aide. Une nouvelle analyse des urines, faite après huit jours de régime lacté, montre la persistance de l'albumine (toujours 30 centigrammes par litre), l'augmentation considérable de l'urée (22 grammes par 24 heures au lieu de 4 à 5 grammes), l'augmentation des phosphates. Le régime lacté, en amenant la diurèse, a facilité l'élimination à travers le rein des poisons retenus dans la circulation, et la malade s'est trouvée grandement soulagée. Le pouls

Digitized by Google

est resté aussi lent qu'au début (32 pulsations). Le régime lacté ne produit pas plus les accélérations du pouls que tous les autres remèdes prescrits en vain jusqu'à ce jour.

Mais, en faisant disparaître les accidents vertigineux, dyspnéiques, et quelquefois épileptiformes qui accompagnent le *pouls lent permanent*, le régime lacté éclaire la pathogénie de ces accidents. On est conduit alors à regarder ces accidents, non pas comme de simples troubles nerveux bulbaires, mais comme des accidents d'origine toxique. C'est la rétention urinaire, l'auto-intoxication, qu'il faut accuser plutôt qu'une action réflexe ou dynamique quelconque.

La conclusion pratique qui découle de cette observation et des faits analogues rapportés par M. Debove et par M. Gingeot, est la suivante : quand le pouls lent permanent s'accompagne d'accidents syncopaux, épileptiformes, dyspnéiques, il faut traiter ces accidents par le régime lacté absolu.

M. Huchard a observé six cas de pouls lent permanent avec attaques syncopales et épileptiformes, mais il n'en a pas fait d'autopsie. Le dernier cas se rapporte à un malade qu'il voyait avec M. Millard et qui était atteint d'angine de poitrine bientôt compliquée de vertiges, d'étourdissements, d'attaques syncopales. Le pouls marquait d'ordinaire 80 p., mais lorsque les lipothymies survenaient, il tombait à 40.30 et même 24 p. à la minute.

Plus tard, il eut des accès de dyspnée urémique et il succomba au milieu d'une crise d'asystolie.

L'appellation du pouls lent permanent était impropre, car il s'agissait de crises paroxystiques de lenteur du pouls, dans l'intervalle desquelles le chiffre des pulsations redevenait normal. D'après ce dernier cas, on pourrait comparer le pouls lent à la tachycardie paroxystique essentielle : il semble qu'un trouble des fonctions bulbaires préside à ces deux maladies. Si l'on analyse les divers symptômes du pouls lent permanent, on reconnait que les uns tiennent à l'ischémie bulbaire, telles sont les attaques épileptiformes, les lipothymies, les syncopes, tandis que d'autres sont dûs à l'affection artérielle, tels que l'angine de poitrine, l'albuminurie, la dyspnée urémique. Les indications thérapeutiques deviennent alors faciles à saisir. Contre l'ischémie bulbaire, M. Huchard a continué de prescrire la trinitrine, les inhalations de nitrite d'amyle, médicaments essentiellement vaso-dilatateurs, qui lui ont procuré de nombreux succès. Pour soutenir le cœur, il administre le thé, le café, la caféine et enfin le régime lacté contre la dyspnée urémique.

M. Chantemesse. — Dans une autopsie de pouls lent permanent avec attaques syncopales et épileptiformes chez un athéromateux, n'a pas trouvé de lésion bulbaire capable de produire l'ischémie, quoiqu'il ait examiné le bulbe avec le plus grand soin.

M. Laveran a observé un officier retraité chez lequel les pulsations étaient tombées à 20 par minute : il était sujet à des vertiges, des lipothymies, des syncopes. Il existait de plus de l'hypertrophie du cœur et une lésion de l'orifice aortique. Le seul médicament qui ait réussi fut la noix vomique. Les pulsations remontèrent à 30 et à sa sortie de l'hôpital il ne présentait plus d'attaques syncopales ou épileptiformes.

M. Rendu pense que certains de ces malades sont des cardiaques, des athéromateux ou des rénaux. Il serait prématuré de dire que ce sont toujours des urémiques. Quelques uns se portent bien, malgré une lenteur extrême du pouls, et ne présentent ni albuminurie, ni souffle cardiaque, ni bruit de galop, ni le claquement spécial du deuxième bruit aortique. Il a observé un malade chez lequel le pouls battait de 16 à 18 fois à la minute et qui résista à tous les traitements capables de modifier la circulation; il n'éprouvait aucune crise, aucun malaise. Les pulsations restèrent toujours au même nombre. Il semble donc que chez ce malade la lenteur du pouls fût un état physiologique.

M. Huchard a eu soin de distinguer les accidents urémiques des accidents bulbaires, qui ne sont pas toujours réunis chez le même sujet. L'ischémie bulbaire n'est qu'une hypothèse qui a le mérite de bien rendre compte des accidents observés ; d'ailleurs elle n'est pas une lésion que l'on puisse observer à l'autopsie. Enfin chez certains individus on observe une lenteur du pouls, qui en quelque sorte est un état physiologique, ainsi que M. Rendu l'a observé.

Transmission de la fièvre typhoïde. — M. Chantemesse, à propos d'une épidémie de fièvre typhoïde à Lorient, a pratiqué l'examen des eaux potables de cette ville. Elles contiennent à certaines époques de l'année des bacilles d'Eberth en grand nombre. Les sources sont captées à deux kilomètres de la ville, dans une prairie où deux fois par an se fait l'épandage des matières de fosses d'aisance. La fièvre typhoïde éclate un mois après la saison des pluies, alors que celles-ci ont fait pénétrer les germes pathogènes dans les sources qui alimentent la ville. L'eau n'est donc pas le foyer, mais le véhicule de ces germes.

Choléra nostras. — MM. Gilbert et Girode communiquent une note sur quatre cas de cette affection. Deux se sont terminés par la mort. Le liquide intestinal, le sang, les poumons contenaient des bacilles d'Echerich en grand nombre ; c'est aux toxines produits par ces microbes que MM. Gilbert et Girode attribuent les accidents observés.

La Société se réunit en comité secret pour discuter le rapport de M. Rendu, sur les projets de réforme de l'enseignement médical et du concours des hôpitaux, présentés par M. Huchard.

Dr H. Marciguey.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 février 1891

Présidence de M. le Dr Tarnier

Action de la lymphe de Koch. — M. Jaccoud rend compte du résultat de ses expériences. Il a d'abord cherché à savoir si l'injection répétée de la lymphe de Koch chez un cobaye, le rendait réfractaire à la tuberculose. Il a choisi un cobaye de 580 gr. et, en deux séries séparées par un intervalle de huit jours, il lui a injecté sous la peau, une ou deux fois par jour, la lymphe dont la quantité totale a été de 50 centigrammes. Le seul effet produit a été un léger amaigrissement : l'animal perdit 26 grammes.

On l'inocule alors avec la moitié d'un ganglion pris à un cobaye tuberculeux. Un mois après, l'animal succomba, ne pesant plus que 450 grammes. A l'autopsie, on trouva des ganglions tuberculeux dans les deux aisselles, une hépatisation hémorrhagique au sommet du poumon droit, des tubercules caséeux dans le foie. On avait aussi le maximum possible des lésions tuberculeuses. Donc l'imprégnation préalable de l'organisme par la lymphe de Koch n'a aucune action préventive.

Un autre cobaye, auquel on n'avait pas injecté de lymphe, fut inoculé en même temps avec l'autre moitié du ganglion tuberculeux. Il est devenu tuberculeux, mais il est encore vivant

M. Dujardin-Beaumetz a fait des expériences, à Cochin, avec la lymphe de Koch. Il a d'abord traité des cobayes très tuberculeux : il n'a obtenu aucun résultat. Il a inoculé à des cobayes la tuberculose, puis la lymphe de Koch. Il a fait l'opération inverse. Quel qu'ait été le mode opératoire, le résultat a été le même. Tous les animaux sont morts. Il n'y a

Digitized by Google

même pas eu d'amélioration. Il s'est produit, par contre, des hémorrhagies rénales considérables.

Traitement des ulcères de la cornée. — M. Valude recommande le pansement de Guaita dans le traitement des abcès de la cornée de toute nature. Ce pansement est un pansement sec, occlusif et rare. Il donne des résultats excellents : la cornée, prête à se perforer, se déterge ; la douleur cesse, l'ulcération qui était grisâtre prend l'aspect d'un ulcère transparent.

Ce pansement est le suivant : lavage de l'œil avec le sublimé au cinq millièmes. On ferme les paupières et on applique une rondelle épaisse de gaze au salol. Par-dessus on met de la ouate antiseptique et on maintient le tout avec une bande de tarlatane mouillée, modérément serrée. En séchant, cette bande constitue une sorte d'appareil inamovible. L'appareil est laissé en place trois ou quatre jours.

De la revaccination. — M. Créquy fait savoir qu'à la Compagnie de l'Est la revaccination est, depuis deux ans et demi, imposée aux agents qui veulent y entrer. Un service de revaccination est organisé sur tout le réseau qui rayonne dans une quinzaine de départements. 40 médecins en sont chargés. Ils reçoivent, tous les premiers mardis de chaque mois, un tube de pulpe vaccinale,

Avant la revaccination, la Compagnie comptait annuellement une quinzaine de varioleux, dont deux ou trois succombaient, entraînant environ 400 jours de maladie. Depuis cette époque, aucun agent n'est mort. 4 ont été atteints de varioloïde légère n'ayant occasionné que 20 jours de repos par an. Ces résultats si avantageux n'ont occasionné qu'une dépense insignifiante.

M. Lagneau lit un mémoire sur la législation de la vaccination dans différents pays de l'Europe et en Amérique.

Election. — M. Quinquaud est nommé membre titulaire dans la section de Physique et Chimie médicales par 41 voix sur 73 votants.

F. R.

INFORMATIONS

FRANCE

L'assemblée générale annuelle de la Société Centrale. — Cette réunion a eu lieu le 9 février dernier.

M. Bucquoy a été nommé président, et M. Piogey a donné lecture d'un rapport général où il a traité la question de la cause d'assurances en cas de maladie.

Sur les 900 membres de la Société, auxquels on s'est adressé par circulaire, 122 ont répondu. C'est peu ; 48 réponses sont favorables et 62 sont hostiles. Cette manière de plébiscite démontrerait donc que la majorité des sociétaires est contraire à cette création.

Les recettes se sont élevées à 24,180 francs, les dépenses à 18,578 francs. L'avoir de la Société au 1er janvier était de 61,606 francs en capital disponible, et de 1,900 francs de rente en capital non disponible. C'est une situation prospère.

NOUVELLES MILITAIRES

L'état sanitaire de la garnison de Paris. — Depuis quelque temps, on fait courir des bruits fâcheux et erronés sur la morbidité militaire dans le gouvernement de Paris, et, en particulier, sur celle de la place de Versailles.

D'après des renseignements qui parviennent de source autorisée, il y a, en effet, des cas d'affections saisonnières et quelques cas de scarlatine (environ soixante à Versailles). — Des mesures d'isolement ont été fort opportunément prescrites et observées.

La mortalité ne présente aucune élévation anormale, malgré le nombre considérable des jeunes recrues et les rigueurs de la saison. Ici, comme toujours, on doit rendre justice à la vigilance de la Direction du Service de santé du gouvernement de Paris et à la sollicitude de la septième Direction. De temps en temps, on en comprend les motifs, on insinue que de tels incidents sanitaires sont le fait de l'organisation autonome du service de santé. Il y a des hostilités qui jamais ne désarment et qui voudraient ainsi provoquer le retour à une organisation ancienne et justement condamnée.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs Boudet, Gerboin et Millet, médecins militaires ; Souverbie (de Bordeaux) ; Badolle (de Thozy), et Foix (de Salies-de-Béarn).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Brissaud (E.). — Asthme essentiel chez les névropathes (*Revue de médecine*, 10 décembre 1890)

Broz (H.). — Phénomènes pathologiques de la dentition (*Revista clinica de los hospitales*, janvier 1891, p. 8).

Bruhl. — Pseudo-tuberculoses parasitaires (*Arch. de méd.*, janvier 1891).

Charcot et Brissaud. — Sur un cas de syringomyélie observé en 1875 et 1890 (*Progrès méd.*, 24 janvier 1891).

Del Valle (G.). — Quelques considérations sur la variole hémorrhagique (*Revista clinica de los hospitales*, janvier 1891, p. 1).

Gibert. — Un cas d'aphasie fonctionnelle (*Normandie médicale* n° 1, 1891).

Girode. — Quelques faits d'ictère infectieux (*Arch. de méd.*, janvier 1891).

Kœnig. — Les thromboses artérielles de la rétine (*Recueil d'ophtalmologie*, déc. 1890, p. 697).

Leech. — Un cas de pneumonie infectieuse suivie de névrite périphérique (*The med. Chronicle*, janvier 1891, p. 265).

Mabboux. — De l'albuminurie dans la lithiase rénale (*Lyon méd.*, 24 janvier 1891).

Manoel Simpson. — Des causes de la mort dans la diphtérie (*The Practitionner*, janvier 1891).

Rémond. — Deux cas de tremblement hystérique (*Gaz. des hôpitaux* n° 3, 1891).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Bazy (P.). — Etude sur quelques cas de corps étrangers de la vessie (*Annales des mal. des organes génito-urinaires*, janv. 1891, p. 1).

Bryant (T.). — Remarques sur l'opération de l'ileostomie pour les maladies du cœcum (*The Lancet*, 3 janvier 1891).

Chalot. — Incision antiseptique d'une hydrocèle vaginale, compliquée d'hyperesthésie testiculaire (*Gaz. des sciences méd. de Montpellier*, 24 janvier 1891).

Chevalier (E.). — Prostatisme chez la femme (*Annales des mal. génito-urinaires*, janvier 1891, p. 49).

Dubol. — Résection de la hanche (*Bul. méd. du Nord*, n° 1, 1891, p. 4).

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE N° 7 18 FÉVRIER 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, DEMELIN, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

Prime à nos abonnés. — Pour ceux de nos *abonnés actuels ou nouveaux* désireux de se procurer les **Mementos thérapeutiques des praticiens**, le prix de ce volume est en leur faveur :

De **2 fr. 50** *livré dans nos bureaux* ;

Et de **3 fr. 25** à *domicile* (franco de frais d'expédition et de poste).

Elle prie, en outre, MM. les abonnés qui lui ont adressé une souscription inférieure à 3 fr. 25 (*prix d'expédition et de port compris*), de vouloir bien la compléter.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. *Incompatibilité de la teinture de mars tartarisée et des teintures alcooliques.* — II. *Le calomel dans la lithiase biliaire et l'ictère catarrhal.* — III. *Cachets cholagogues dans lithiase biliaire.* — IV. *Le calomel, diurétique cardiaque.* — V. *Sur le traitement de la fièvre typhoïde.* — VI. *Emploi de la kola comme tonique, excitant cérébral, et toni-cardiaque.*

I. **Incompatibilité de la teinture de Mars tartarisée et des teintures alcooliques.**—Pour les praticiens, la question des incompatibilités pharmaceutiques et médicamenteuses est très importante, et chaque fois que l'occasion s'en présente, nous ne manquons pas d'appeler leur attention sur cette question pratique.

M. Gramond (de Caen) avait déjà signalé l'incompatibilité de la teinture de mars avec la teinture de noix vomique. M. Demandre (de Dijon) vient d'étendre cette incompatibilité à toutes les teintures alcooliques, ou à toutes les substances renfermant de l'alcool (1).

Quand on mélange deux parties de teinture de mars, et une partie de teinture de Baumé, on obtient un mélange qui, malgré ses apparences contraires, n'est pas homogène ; car, il se compose de deux couches dont on voit la plus dense occuper naturellement le fond, lorsqu'on renverse le flacon. La couche supérieure est constituée par l'alcool, une partie de l'eau de la teinture de mars, et par la teinture de Baumé ; la couche inférieure, par un liquide oléaginiforme formé de tartrates dissous dans l'eau, et surtout de tartrate neutre de potasse précipité par l'alcool.

On voit, dès lors, tous les dangers du mélange, dans la même ordonnance, de la teinture de mars et de la teinture de Baumé. Le malade n'absorbera, en effet, au début, que la teinture de Baumé contenue dans la couche supérieure, et il pourra ainsi prendre des doses toxiques du médicament.

Cette incompatibilité qui existe entre la teinture de mars et la teinture de Baumé, se produit avec toutes les teintures alcooliques et cela en raison directe du degré de l'alcool employé, d'où cette conclusion importante de M. Demandre :

Il faut éviter avec soin dans les prescriptions d'associer la teinture de Mars tartarisée avec les teintures alcooliques ou avec les liquides contenant une notable proportion d'alcool.

II. **Le calomel dans la lithiase biliaire et l'ictère catarrhal.** — Lorsque ces affections sont rebelles aux traitements habituels, le Dr Zaccharjine, professeur de clinique médicale à Moscou, emploie avec succès la méthode suivante du traitement qui n'est contre-indiquée que dans le cas de diarrhée profuse, ou dans les états adynamiques.

Il prescrit le calomel à la dose de cinq centigr. d'heure en heure, puis après la 4e ou 5e prise, il le donne toutes les deux heures jusqu'à l'apparition de selles molles, verdâtres et caractéristiques. Ordinairement, on ne prend jamais plus de douze prises successives, et dans les cas où celles-ci n'ont pas été suivies d'effet purgatif, le malade prend après la dernière dose de calomel, une cuillerée à soupe d'huile de ricin. Après chaque prise de calomel, et pendant les jours qui suivent son administration, le malade se gargarise toujours avec une solution de chlorate de potasse.

Sous l'influence de ce traitement, les douleurs cessent, l'appétit renaît, l'urine devient plus claire, ce qui indique une amélioration réelle. Mais parfois, cette amélioration n'est que temporaire, les accidents se reproduisent, et dans ces cas, Zaccharjine n'hésite pas à revenir à la même médication jusqu'à ce qu'il ait obtenu un résultat définitif. C'est ainsi qu'il a administré le calomel, suivant cette méthode, à dix reprises différentes, dans l'espace de deux mois dans un cas grave et rebelle de coliques hépatiques. (Il faut avoir naturellement soin, pendant la durée de ce traitement, de ne pas prescrire d'eau alcaline).

Cette médication doit être mise en usage dans tous les cas de lithiase biliaire avec douleurs, de rétention biliaire, d'ictère catarrhal, de cirrhose hypertrophique.

Pour ma part, dans les périodes d'accalmie de la lithiase biliaire, j'ai coutume de prescrire le calomel tous les jours à la dose très faible de 2 centigrammes associés à 2 milligrammes d'opium. Dose presque homéopathique, dira-t-on ? Sans doute. Mais elle m'a paru toujours suffisante et efficace dans ces cas.

(1) DEMANDRE. (*Bull. des pharm. de la Côte-d'Or*, 1890. *n° 9*, et *Répertoire de pharmacie*, 1891, n° 2)

Digitized by Google

Voici la formule à laquelle j'ai recours :

Calomel. . . . . 0 gr. 20
Extrait thébaïque. . . . . 0 gr. 02

Pour dix pilules. — Une pilule tous les matins pendant dix ou quinze jours.

III. **Cachets cholagogues dans la lithiase biliaire.** — Puisque je parle du traitement de la lithiase biliaire dans l'intervalle des accès — (M. Eloy ayant, dans le dernier numéro, consacré un excellent article au traitement des coliques hépatiques), — je suis amené à signaler une formule que j'emploie sous le nom de « cachets cholagogues ». Ceux-ci renferment de petites doses de benzoate de soude et de salicylate de soude, substances douées de propriétés réellement cholagogues, d'après les dernières expériences de M. Paul Binet (de Genève). J'associe à ces deux agents la poudre de rhubarbe (également cholagogue, quoiqu'à un léger degré) et celle de noix vomique, lorsqu'il y a de la constipation et un état d'anorexie ou de dyspepsie plus ou moins accusé (1).

Voici la formule de ces cachets :

Benzoate de soude . . . .
Salicylate de soude . . . . } àà 5 gr. »
Poudre de rhubarbe. . . .
Poudre de noix vomique. . . 0 gr. 50

Pour vingt cachets. — Prendre un cachet à chaque repas pendant un ou deux mois.

IV. **Le calomel, diurétique cardiaque.** — Les noms de Michel Doering, qui dès 1612, écrivait à Fabrice de Hildens sur « le mercure considéré comme *specificum purgans in hydrope* » ; de Schwilgué et de Demangeon, en 1805 ; de Graves, et de Stokes, vers 1840, et de Jendrassik, en 1886, sont intimement liés à l'histoire du calomel considéré comme diurétique. Dans sa thèse inaugurale (juillet 1890), le Dr Huet est encore revenu sur cette question, sans apporter d'ailleurs beaucoup de faits nouveaux. On paraît avoir démontré que le calomel agit surtout dans les hydropisies cardiaques, quoiqu'il n'ait pas d'influence directe sur le cœur, puisqu'il produirait des effets diurétiques en impressionnant surtout l'épithélium rénal.

Jusqu'à présent, j'avais employé sans trop de succès, je l'avoue, le calomel dans les hydropisies cardiaques, et cependant je le prescrivais suivant les règles posées : trois à quatre paquets de 20 centigrammes de calomel par jour pendant trois jours.

Mais, tout dernièrement, il m'a été donné d'observer une amélioration considérable par l'emploi *successif* du calomel et du strophantus, (le premier médicament ayant pour effet d'agir sur l'épithélium rénal, le second sur le muscle cardiaque).

Une malade atteinte d'insuffisance mitrale avec asystolie (œdème assez considérable des membres inférieurs, congestion du lobe gauche du foie, due à l'influence simultanée d'une syphilis ancienne et de l'affection cardiaque, etc.) prend tous les jours 20 centigrammes de calomel associés à 2 centigrammes d'opium, et cela pendant dix jours. La diurèse n'augmente pas alors d'une façon notable ; mais, quelques jours après l'administration du calomel pendant ces dix jours, la prescription de deux granules d'extrait de strophantus à 1 milligramme produit des effets réellement extraordinaires : la diurèse devient très abondante, toutes les hydropisies et œdèmes se resolvent en quelques jours ; la congestion hépatique diminue ; le cœur se régularise. Un de mes collègues, qui avait en dernier lieu songé à prescrire le strophantus en désespoir de cause, était, comme moi, fort étonné de ce résultat vraiment peu habituel.

Depuis cette époque, j'ai obtenu d'assez bons effets diurétiques, en faisant précéder, dans les cas rebelles d'hydropisie cardiaque, par l'administration du calomel (diurétique *rénal*), la prescription de la digitale ou du strophantus (diurétique *cardiaque*). En un mot, ces faits confirment les règles que j'ai posées au sujet de l'administration des médicaments cardiaques en général et de la digitale en particulier. Pour obtenir le maximum d'action de ces derniers, il ne faut pas les prescrire d'emblée ; mais il faut les faire précéder de l'administration de médicaments (purgatifs, laitage, diurétiques, calomel, etc.) qui favorisent ainsi et facilitent leur action cardio-rénale. Donc, dans les cas rebelles d'hydropisie cardiaque, prescrivez *d'abord* le calomel pendant quelques jours, et *ensuite* la digitale ou le strophantus.

On le voit, la thérapeutique est une science complexe. Il ne s'agit pas seulement de connaître la médication à employer, il faut surtout savoir comment on doit l'employer.

V. **Sur le traitement de la fièvre typhoïde.** — M. Marotte, dans sa récente thèse inaugurale (de Lyon), vient d'exposer les résultats de la médication de M. Teissier, contre la fièvre typhoïde.

Cette médication est réglée de la façon suivante :

1° Matin et soir, donner un de ces cachets :
Naphtol A . . . . . 0,40 cent.
Salicylate de bismuth . . . . . 0,25 —

2° Quatre lavements froids en 24 heures pour augmenter la diurèse ;

3° Après le lavement froid de l'après-midi, prescrire le lavement suivant comme tonique antithermique :
Extrait de quinquina . . . . . 4 gr.
Sulfate de quinine 0,60 cent. à. . . 1 —
Décoction de valériane . . . . . 120 —

4° Compresses froides sur la tête et sur l'abdomen ;

5° Régime composé de 300 gr. de vin de Bordeaux ; 500 gr. de lait, et d'un peu de bouillon, suivant les cas.

M. Teissier emploie le naphtol A de préférence au naphtol B, parce que le premier, tout aussi antiseptique, est une fois moins toxique que le second. En effet, la dose de naphtol A nécessaire pour intoxiquer un homme de 65 kilogrammes, est de 585 grammes au lieu de 250 grammes pour le naphtol B. Par conséquent, tandis que des doses de 3 à 5 grammes de ce dernier sont nécessaires pour réaliser l'antisepsie intestinale, il suffit de 0,80 centigr. à 1 gr. 20 au plus de naphtol A.

Quelle est maintenant l'action des bains froids, du naphtol et de l'antipyrine ?

(1) D'après ces mêmes expériences de P. Binet, le calomel serait très peu cholagogue, contrairement à l'opinion généralement acceptée.

Digitized by Google

Les bains froids augmentent l'élimination des toxines inaires.

Le naphtol arrête la production de ces principes toxiques.

L'antipyrine retient tous ces principes et en entrave l'élimination. Donc, ce dernier médicament doit être employé avec une certaine réserve dans le traitement de la dothiénenterie.

La médication que je viens d'exposer rapidement, est celle à laquelle, pour ma part, je donne la préférence, estimant, avec quelques auteurs, que le bain froid « est une ressource suprême contre un suprême danger », et que le traitement de la fièvre typhoïde, comme celui de toutes les maladies, doit obéir aux indications thérapeutiques.

C'est pourquoi, dans certains cas bien déterminés, je joins à cette médication : l'emploi des bains froids, lorsque la température dépasse 40° 5; l'emploi du sulfate de quinine à la dose d'un gramme à 1 gr. 50 par jour pendant trois jours, quand le chiffre thermique se maintient au-dessus de 39° 5 ou 40°; l'emploi d'injections de caféine et d'éther, quand l'adynamie générale et cardiaque devient un danger pour les malades. Avec tout cela, de grands soins de propreté, des changements fréquents du linge et des draps, la désinfection des garde-robes à l'aide de solutions phéniquées, etc.

Tels sont les principes thérapeutiques à l'aide desquels les praticiens doivent diriger le traitement d'une fièvre typhoïde.

VI. **Emploi de la kola comme tonique et excitant cérébral.** — La thèse de Monnet, dès 1885, mentionne les premiers essais thérapeutiques que j'ai faits sur la noix de kola ; elle établit que j'avais, dès cette époque, attribué la principale action thérapeutique de ce nouveau médicament, à la grande quantité de caféine qu'il contient (opinion dont on s'est, à l'Académie, habilement emparé, sans citer — naturellement — la source où on l'avait puisée). Cependant, je finis par croire avec Heckel (de Marseille) que dans la kola, il existe d'autres principes (rouge de kola?) capables d'en expliquer les singulières propriétés.

On sait que, d'après Fonssagrives, (encore un auteur qu'on a oublié de citer) a écrit, dès 1870, que le café et la caféine « produit un sentiment de défatigue » et que M. Heckel a utilisé l'action de la kola dans les marches prolongées ou dans les ascensions de montagnes. Or, il résulte de mes observations que je poursuis depuis 1884, que la kola est encore un excitant cérébral : elle ne défatigue pas seulement les jambes, *elle défatigue encore le cerveau* dont elle excite certainement les fonctions (1).

A ce titre même, elle peut trouver heureusement son emploi dans certaines affections mentales caractérisées par un état plus ou moins accusé de dépression cérébrale, si j'en crois deux observations de lypémanies anxieuses très améliorées par ce médicament.

Elle excite les fonctions cérébrales, elle favorise le travail intellectuel, elle *défatigue le cerveau*, elle possède une action non seulement excitante, mais tonique chez les grands travailleurs, et j'en connais qui, depuis cinq ans, ne peuvent plus se passer de ce médicament lorsqu'ils ont à fournir un travail intellectuel quelconque. Y aurait il alors pour la kola un abus (une sorte de kolaïsme) analogue à la morphinomanie ou au cocaïnisme ? Je ne sais. Mais il est certain que la kola peut remplacer avantageusement les préparations de quinquina dans les maladies adynamiques, qu'elle peut être associée à l'alcool dans le traitement des maladies infectieuses, qu'elle peut rendre des services dans les affections cardiaques arrivées à la période d'affaiblissement du myocarde; qu'enfin, elle est encore applicable à tous les cas de neurasthénie caractérisés souvent par une extrême lassitude physique et morale, ou encore par ces *fatigues matinales* non seulement spéciales à la neurasthénie, mais communes encore dans la dilatation de l'estomac.

On peut l'employer sous forme de teinture, de vin ou d élixir.

Voici une formule que j'emploie fréquemment :

Extrait fluide de kola } àà 25 gr.
— coca }

Une cuillerée à café au repas de midi dans un peu d'eau sucrée ou de vin de Malaga; (ne jamais prescrire *le soir* la kola à cause de l'insomnie qu'elle provoque chez certains sujets). Cette mixture peut être encore employée à la dose de 20 ou 30 gouttes trois fois par jour : par exemple à 8 heures, midi et 4 heures.

Dans les affections cardiaques arrivées à la période d'hyposystolie je prescris ce vin composé (*vin tonicardiaque de Bichat*) dans lequel je fais entrer une certaine quantité de kola :

Teinture de kola.....	40 gr.
Teinture de coca.....	30 —
Teinture de scille....	20 —
Teinture de digitale..	10 —
Sirop de cerises.....	100 —
Vin de Lunel.....	800 —

(Laissez reposer, décantez et filtrez) Deux à trois cuillerées à bouche par jour pendant 8 à 10 jours.

HENRI HUCHARD.

(1) « Il n'est pas déraisonnable de penser que la kola agit sur le cerveau en activant la circulation cérébrale (et c'est l'opinion inédite de M. Huchard) ou peut-être, ce qui est moins probable, en excitant directement les circonvolutions où s'élaborent les pensées. » (*Thèse de Monnet, Paris* 1884, pages 25).

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

I. *Placenta prævia central.* — II. *De l'atrophie des membres inférieurs dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement.* — III. *Abcès multiples chez les nourrissons.* — IV. *De l'hysteropexie vaginale.*

I. **Placenta prævia central.** — C'est la plus grave, mais heureusement la moins commune parmi les variétés d'insertion vicieuse du placenta. Elle existe lorsque l'orifice utérin, complètement effacé et suffisamment dilaté, n'est nulle part en rapport direct avec les membranes de l'œuf. Le centre du placenta se rapproche ainsi du centre de l'orifice utérin. Pendant la grossesse, un cotylédon peut bien recouvrir complètement l'orifice interne du col, encore très étroit, sans constituer cependant la variété centrale de l'insertion

Digitized by Google

vicieuse. Au moment du travail, en effet, le pourtour du col élargi sera recouvert en partie par du tissu placentaire et en partie par les membranes.

Lorsqu'il y a placenta prævia central, on ne trouve, par le toucher vaginal, dans l'aire de l'orifice dilaté, que des cotylédons accessibles par leur face utérine décollée de la paroi du segment inférieur.

C'est dire combien sont fréquentes et sérieuses les hémorrhagies qui proviennent de si larges décollements.

En raison des difficultés pratiques que de pareils cas présentent à l'accoucheur, leur traitement mérite d'être bien établi. Aussi les auteurs s'efforcent-ils de faire la lumière sur ce point, et publient-ils les observations qu'ils rencontrent. Une des plus récentes est celle de Ten Bosch (1).

En principe et d'une façon générale, le meilleur moyen d'arrêter l'écoulement du sang venant d'une insertion vicieuse, est de *comprimer* la source de l'hémorrhagie. La compression peut s'exercer de dedans en dehors à l'aide du fœtus lui-même dont la région résistante et volumineuse (la tête de préférence), vient appliquer le placenta contre les parois utérines et pelviennes. C'est là l'explication du succès de la méthode de Puzos qui consiste, comme on sait, à perforer les membranes. Cette perforation a pour effet de vider l'utérus d'une partie du liquide amniotique, de faire contracter l'organe gestateur, qui force la partie fœtale à s'engager, et à comprimer ainsi la région placentaire décollée. La méthode de Puzos produit un autre résultat; en libérant les cotylédons marginaux des membranes qui s'attachent sur eux, elle empêche le décollement d'augmenter. Cette conséquence, si importante qu'elle soit, n'est pourtant que secondaire. Car l'hémorrhagie peut continuer sans cesse après un décollement unique et effectué en une seule fois.

Le fait essentiel est donc la compression ; et c'est si vrai que si une cause quelconque (rétrécissement du bassin par exemple) empêche la partie fœtale d'appuyer solidement sur le segment inférieur, c'est-à-dire de s'engager, la méthode de Puzos restera impuissante, et l'hémorrhagie continuera. C'est ce que nous avons pu observer à la Clinique de la rue d'Assas, dans le service de M. Tarnier.

Dans le cas de placenta prævia central, la compression des cotylédons décollés est fort difficile sinon impossible à faire à l'aide du fœtus ; on l'exécutera donc *de dehors en dedans*, en employant le *tampon vaginal*. Cette méthode, dite de Leroux, conserve tous ses droits; elle est excellente surtout avec les améliorations considérables que lui apporte l'antisepsie. Elle est de plus très pratique si on veut se servir, comme M. Auvard, d'un rouleau de gaze iodoformée ou sublimée, au lieu des bourdonnets de charpie si longs à préparer, si incommodes à conserver et à transporter.

Tel est le procédé héroïque pour arrêter l'écoulement du sang. Mais il faut préciser les indications de la thérapeutique.

(1) Ten Bosch.. *Nederl. Jahrg.* 1, p. 215.)

Pendant la grossesse ou pendant le travail, tant que la dilatation du col est insuffisante pour permettre la terminaison artificielle de l'accouchement, il faut faire le tamponnement vaginal.

Dès que l'orifice utérin est assez large, il faut introduire la main dans l'utérus, et extraire l'enfant par la version.

Mais comment entrer dans l'intérieur de l'œuf? On cherchera d'abord si, par hasard, un bord placentaire ne se trouve pas dans le voisinage de l'orifice ; on sera bien forcé de procéder par tâtonnement, on ne pourra pas éviter de nouveaux décollements. Si on rencontre le bord cherché, on déchirera les membranes en ce point, et on entrera par là dans l'utérus. Si, au contraire, il est impossible ou par trop dangereux d'arriver à ce résultat, il faudra bien s'en tenir à la pratique qui consiste à perforer le placenta de part en part, et faire passer toute la main à travers son tissu.

II. **De l'atrophie des membres inférieurs dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement** (1). — Les boiteries intéressent l'accoucheur au point de vue des viciations pelviennes qu'elles déterminent parfois. Il faut séparer les nombreuses causes de claudication. Parmi elles, M. Chambrelent isole l'atrophie des membres inférieurs et l'étudie au point de vue obstétrical.

M. Chambrelent passe en revue successivement comme conditions étiologiques de l'atrophie des membres inférieurs, la paralysie infantile, les lésions osseuses acquises, les maladies congénitales.

En ce qui concerne les lésions acquises, l'auteur rapporte trois observations dans lesquelles les accouchements se sont terminés seuls et favorablement. Ayant eu l'occasion de faire des recherches sur la coxo-tuberculose (2) dans ses rapports avec les viciations pelviennes, je connaissais deux des observations de M. Chambrelent ; j'ai recueilli, en outre, une série d'autres faits qui m'ont amené à des conclusions un peu différentes des siennes ; sans doute l'accouchement se termine plus souvent bien que mal, mais la proportion des difficultés et des interventions dans les cas de bassin coxo-tuberculeux est plus considérable que lorsqu'il s'agit d'une autre cause de boiterie.

M. Chambrelent a réuni six observations dans lesquelles, à la suite de lésions nerveuses datant de l'enfance, un des membres inférieurs était resté atrophié. En général, le bassin était un peu vicié ou légèrement asymétrique; une fois pourtant, le rétrécissement fit pratiquer l'opération césarienne. Sans chercher si tous ces faits ressortissent véritablement à la paralysie infantile ou à une autre maladie nerveuse (ce qui pourrait peut-être avoir de l'importance), notons que la boiterie n'a été cause de dystocie qu'une fois sur dix.

Quant à l'atrophie congénitale accompagnée de pied bot ou de genu valgum, elle ne paraît pas, d'après

(1) Chambrelent (*Ann. de gyn.*, 1890).

(2) Voir *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, juin 1890.

Digitized by Google

M. Chambrelent, pouvoir modifier le bassin de manière à rendre l'accouchement difficile.

Nous aurons sans doute l'occasion de reprendre cette question des boiteries, encore à l'étude aujourd'hui.

III. **Abcès multiples chez les nourrissons** (1). — A part les gommes syphilitiques et scrofulo-tuberculeuses qui ne doivent pas être confondues avec les abcès, il existe chez le nouveau-né des collections purulentes multiples d'origine variable. M. Budin a déjà relaté des observations où des nourrissons présentent en plusieurs points de la surface cutanée, des abcès dont la cause doit être attribuée à une galactophorète maternelle. L'enfant tête du pus en même temps que du lait; si le pus entre en contact avec une érosion des lèvres; des joues, etc., il y détermine une inoculation capable de produire des collections à distance et en nombre variable.

L'infection du nouveau-né peut se produire sans lésion mammaire. Tel le fait de Karlinski déjà rapporté dans ce journal, où une femme atteinte d'érysipèle de la face, infecta son nourrisson. Celui-ci mourut et, à l'autopsie on trouva de l'entérite, de la broncho-pneumonie, de la pleurésie, etc. Le sang et les organes splanchniques contenaient les mêmes microbes que le lait maternel. La conclusion est que :

« Chaque fois qu'il existe de la galactophoro-mastite (Budin) ou une maladie aiguë contagieuse (Tarnier), chaque fois en un mot que le lait contient des micro-organismes pathogènes, la femme doit cesser de donner le sein.

« Les crevasses simples n'empêchent point l'allaitement mais elles doivent être mises à l'abri de toute infection par l'application continue de compresses antiseptiques (eau alcoolisée ou boriquée) et par l'emploi d'un bout de sein ou d'une teterelle. » (Couder).

L'infection purulente du nouveau-né est parfois bénigne; ses portes d'entrée sont :

La voie digestive, quand le lait de la mère contient des microbes pyogènes;

La plaie ombilicale, lorsqu'elle est mal soignée;

Les érosions, les éraflures produites pendant l'accouchement, par le forceps ou la main de l'accoucheur pratiquant la version, si ces érosions, ces éraflures ne sont pas soigneusement pansées.

IV. **De l'hystéropexie vaginale.** — Les déviations de l'utérus ont fait inventer un grand nombre de procédés opératoires destinés à les corriger. Les résultats obtenus ne répondent guère à l'attente générale, et ne sont pas en proportion des frais d'imagination qu'ils ont coûtés et des existences qu'ils ont compromises.

L'opération de Nicoletis ou hystéropexie-vaginale est-elle à la fois inoffensive et efficace?

Nous ne pouvons mieux faire, pour répondre à ces questions, que de citer les conclusions de M. le Dr de Bayle (2) :

« L'hysteropexie vaginale est une opération nouvelle qui consiste dans une amputation sus-vaginale suivie d'une suture anaplastique. Elle est d'une exécution assez facile, sans imprévu ni complications, et donne d'excellents résultats dans les déviations utérines en général.

Elle est surtout indiquée: 1° dans les retrodéviations, retroversions seules ou avec retroflexions; 2° elle peut l'être dans les déviations en avant et dans certaines latéroversions, mais ces derniers points sont encore à étudier.

On peut la pratiquer : 1° lorsque ces déviations sont mobiles et simples; 2° lorsqu'elles se compliquent de lésions utérines à condition d'instituer un traitement préalable; 3° lorsqu'elles présentent des adhérences mobilisables.

Quand elle est bien exécutée, suivant les règles antiseptiques, elle ne donne lieu à aucune complication immédiate; l'atrésie n'est pas à craindre; la grossesse et l'accouchement sont possibles.

Elle nous semble contre-indiquée : 1° lorsque la déviation est peu accusée et les signes fonctionnels insignifiants; 2° chez les millipares et unipares jeunes, lorsque les troubles sont peu accusés; 3° lorsqu'il y a lésions graves des annexes ou prolapsus prononcé.

Elle est préférable au traitement orthopédique, à l'opération d'Alexander et à la laparo-hystéropexie. Celle-ci a ses plus beaux succès dans les cas de prolapsus. » (De Bayle).

Nous ne saurions trop engager les lecteurs à se reporter au travail de M. de Bayle, parfaitement étudié, judicieusement établi; il dénote chez son auteur un esprit scientifique très développé et des connaissances étendues autant qu'approfondies. Il donne une description très claire du manuel, opération dont nous ne pouvons donner ici les détails.

Dr Demelin.

(1) Couder (*Rev des mal. de l'enfance*, 1890).
(2) De Bayle (*Thèse, Paris*, 1890).

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

Grandeur et décadence d'une thérapeutique

En thérapeutique, comme ailleurs, la Roche Tarpéienne est proche du Capitole. M. Koch et les adeptes de sa méthode commencent à s'en apercevoir.

Le 19 novembre dernier, à cette même place, six jours après la publication retentissante où le savant allemand proclamait l'efficacité « *certaine* » de son « remède » contre la tuberculose, je m'exprimais ainsi sans autre parti pris que celui de rendre hommage à la vérité : le temps seul, ce facteur expérimental, dont les » observateurs ne disposent point, permettra d'éta- » blir si les guérisons annoncées sont précaires ou si » elles sont définitives (1). »

L'heure était aux engouements. Des savants, fort peu heureusement, en France, eurent comme un accès de crédulité. C'était un délire : l'histoire impartiale donnera peut-être un autre nom à cette défaillance de la raison humaine.

(1) Voir : *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 19 novembre 1890.

Digitized by Google

Presque seul à ce moment et, en tout cas, le premier dans la presse médicale française, le *Journal des Praticiens* recommanda et observa une réserve dont il revendique l'honneur.

Calmement, au moment où d'autres journaux, sacrifiaient l'exactitude scientifique aux besoins de publier des informations rapides, il conseillait d'attendre avant de porter un jugement sur une médication si violente et se demandait, si le remède ne serait pas pire que le mal.

Avions-nous tort ?

Le 10 décembre, toujours à cette place, M. H. Huchard, se demandait, lui aussi, « avec effroi, si la lymphe » de Koch n'exerce point une influence aggravante sur » la phtisie (1) » et quinze jours plus tard, en manière de conclusion, il ajoutait : « Il n'y a rien de changé en » thérapeutique, il n'y a qu'un poison de plus. »

Ces appréciations et ces scrupules étaient-ils exagérés ?... On sait ce qui est arrivé : en chirurgie, la médication de Koch est une erreur; en médecine, elle conduit à des désastres, et, en dermatologie, où, disait-on, elle rendait quelques services, voici, que définitivement aussi, elle est une déception.

On s'en rend compte par le rapport éloquent dont M. Ernest Besnier donnait lecture, le 12 février dernier, à la *Société française de dermatologie*, au nom des médecins de l'hôpital Saint-Louis, réunis en commission. Inutile d'insister sur l'importance d'un document aussi décisif; mieux vaut en citer les principaux passages :

Avant de formuler un jugement nous avons voulu, — c'est, je le rappelle, au nom de ses collègues que M. Besnier s'exprime — mûrement peser toutes choses et en même temps accorder le bénéfice du temps à l'observation des malades chez lesquels les résultats du traitement semblaient être nuls ou douteux. Ce délai était encore plus nécessaire pour apprécier exactement la valeur des améliorations obtenues, non pas à titre définitif, mais à titre provisoire; car *parler de la guérison proprement dite des tuberculoses tégumentaires après quelques semaines, ou même après quelques mois d'une médication quelconque, ne serait pas tenir un langage scientifique*, ni faire preuve d'une connaissance approfondie de la nature et de la marche de ces maladies.

C'est pourquoi sur cinquante observations, le rapporteur de la commission en retient trente-huit seulement. Ce sont des cas de lupus dans lesquels le traitement a été suivi pendant un temps suffisamment long.

Mais, ajoute M. Besnier, ce que la lecture de ces observations ne saurait faire bien comprendre, ce que je m'étonne de voir exposer d'un cœur léger, ce sont les souffrances cruelles et inutiles que beaucoup de nos malades ont éprouvées. Ceux qui ont pénétré dans nos salles, un jour d'inoculation en série, six à huit heures après l'injection, quand le traitement, récemment commencé, ne portait pas sur des sujets déjà arrivés à la période de tolérance, n'oublieront jamais ce spectacle; et s'il est un médecin qui, ayant soumis, lui-même, ses malades à ces épreuves douloureuses, a contemplé tout cela sans une émotion profonde, j'admire son courage sans partager sa résignation.

C'est pour nous un grand soulagement de conscience de pouvoir vous dire qu'aucun de nos cinquante inoculés n'a succombé;... car, nous avons aussi le devoir de le dire, malgré l'attention extrême que nous avons apportée à suivre les indications de chaque cas particulier, à espacer les inoculations, à n'administrer que de faibles doses, plusieurs de nos malades ont été en péril de mort, et quelques-uns conservent, aujourd'hui encore, des preuves matérielles trop manifestes de l'action redoutable du remède.

Je ne suivrai pas M. E. Besnier dans la savante critique où il démontre l'insuffisance de l'action locale et prétendue élective de la lymphe et où il établit une fois de plus les dangers de la réaction générale. De suite, j'arrive à ses conclusions : au point de vue pratique, qui est celui de ce journal, elles sont décisives et méritent d'être retenues. Les voici :

Dans les tuberculoses tégumentaires en général, et en particulier dans toutes les espèces, formes et variétés de la tuberculose lupique, l'inoculation de l'extrait glycériné des cultures sèches et pures du bacille de Koch produit une action locale dont l'effet le plus prochain est une réduction temporaire de masse, une atténuation momentanée des tissus tuberculisés.

Très notable dans toutes les formes ouvertes du lupus de Willan, elle diminue dans les variétés fermées, elle s'abaisse encore dans les formes sèches, scléreuses, fibreuses ; elle atteint son minimum dans le lupus de Cazenave, dont toutes les variétés sans exception sont sèches et fermées.

Dans toutes ces formes, elle peut être considérablement accrue par l'emploi simultané de tous les procédés thérapeutiques, qui mettent le lupus à ciel ouvert ou qui l'irritent profondément.

Sous le rapport curatif, *cette action du remède, même répétée jusqu'à tolérance, est insuffisante pour amener la guérison dans l'immense majorité des cas; elle n'est ni supérieure ni même égale*, dans ses résultats, aux procédés de traitement ordinaire dont nous disposons actuellement.

Quelque faible que soit la dose de toxine injectée, l'action locale ne peut être obtenue sans produire une fièvre éphémère, mais d'intensité impossible à prévoir et qui, même avec les petites doses, même à la première injection, peut causer la mort du malade.

Dans les cas même où le danger n'atteint pas ces limites, le malade est toujours exposé à des accidents graves et prolongés ou définitifs, particulièrement du côté du système circulatoire, du cœur, du cerveau et des reins, et à la mise en action funeste de foyers tuberculeux jusque-là latents et qui auraient pu rester latents si l'inoculation n'avait pas été pratiquée.

Dans ces conditions, je ne me considère pas comme autorisé à continuer une expérimentation dont j'ai accepté la pleine responsabilité jusqu'à démonstration. Mais, aujourd'hui, ma conviction est établie, je ne crois plus que le médecin soit autorisé à inoculer à l'homme les extraits des toxines de la tuberculose, et je ne pratiquerai pas d'inoculations. En agissant ainsi, je crois simplement me conformer aux traditions d'humanité et de respect de la vie humaine qui sont une des gloires les plus pures de la médecine française.

Point de commentaires : ce noble et ferme langage met fin à l'aventure thérapeutique dont M. Koch était le héros. Le pronostic que l'un de nous, M. H. Huchard, formulait ainsi dès le mois de décembre, est justifié : « Ne nous en plaignons pas. On fera moins d'expé- » riences sur l'homme, on en fera un peu plus sur les » cochons d'Inde. » En agissant ainsi, ajouterai-je, à mon tour, on se décidera enfin, il en est grand temps, à terminer par où on avait le devoir de commencer.

(1) *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*. 10 et 24 décembre 1890, p. 801 et 838.

Digitized by Google

Une réflexion. Dans cette circonstance, on a voulu, une fois encore, faire de la thérapeutique par le télégraphe. C'est un procédé peut-être fort commode, ce n'est point un procédé scientifique. Déjà, en 1887, à propos de la prétendue découverte du carcinome du cancer, et au moment où on jetait, avec la même hâte, à tous les vents de la renommée, le nom de Schœurlen, le *Journal des Praticiens* s'élevait contre de tels procédés (1). Les faits lui donnèrent raison.

Nous avons renouvelé cette même protestation dès le début de l'aventure, je le répète, dont M. Besnier vient de montrer l'un des denouements.

Les faits nous donnent encore raison.

C'est que, le progrès scientifique ne consiste point seulement dans la rapidité des informations, mais bien dans leur exactitude. Dès sa fondation, le *Journal des Praticiens* s'est imposé le devoir de donner des faits certains, exacts, conformes à l'expérience et justifiés par la raison. Cette méthode a fait en grande partie son succès.

Sans fil télégraphique spécial, il continue et continuera de la suivre.

En m'exprimant ainsi, je ne parle pas seulement en mon nom personnel, je parle encore, je tiens à le déclarer, au nom du Directeur de ce journal, au nom de son Comité de rédaction et au nom de ceux de ses lecteurs, fort nombreux, qui m'ont fait l'honneur de m'écrire.

On ne doit point assimiler les procédés scientifiques d'un journal médical aux procédés commerciaux d'un journal politique : celui-ci a besoin d'être *rapidement* renseigné ; celui-là d'être *sûrement* informé.

La vraie science demande le recueillement; ce qu'elle redoute, ce sont les coups de bourse thérapeutiques.

CH. ELOY.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

MÉDECINE

La dyspepsie chez les paysans du Poitou, par M. CORNEILLE SAINT-MARC. — Notre distingué confrère insiste sur la fréquence des troubles digestifs chez les paysans du Poitou. Cette fréquence s'observe un peu partout, et il est utile pour les praticiens d'en connaitre les causes pour en détourner les effets (*Poitou Méd.*, 1er fév. 1891).

Parmi les causes invoquées par l'auteur, il faut signaler d'abord les erreurs d'alimentation chez les jeunes enfants. Mais, à un âge plus avancé, les paysans, faute de bon vin, font usage d'une boisson qui certainement doit produire de sérieux troubles digestifs. Voici en quoi elle consiste : « Le paysan recueille dans les vergers tous les fruits avariés impropres à un autre usage ; il les passe au four, les coupe en morceaux et les met dans une futaille qu'il remplit d'eau ; il se forme une boisson assez désagréable, d'un goût aigre, d'une odeur plus ou moins putride qu'il boit faute de mieux. » Il est certain que ces « piquettes » plus ou moins infectes sont la cause principale des accidents dyspeptiques chez les paysans.

R. D.

(1) *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, décembre 1887.

Des complications cardiaques du rhumatisme blennorrhagique, par M. MAC DONNELL. — Le rhumatisme blennorrhagique affecte-t-il le cœur? L'auteur, pour donner réponse à cette question, a réuni trente-sept observations dans lesquelles on avait noté la coexistence d'une péricardite ou d'une endocardite avec l'uréthrite specifique (*The American Journal of the Med. Sciences*, janvier 1891).

Il en conclut qu'on ne saurait nier des rapports de causalité entre le rhumatisme blennorrhagique et certaines localisations sur les séreuses, mais que ces cas sont très peu nombreux. On est donc en droit de se demander si la lésion cardiaque est antérieure à l'attaque rhumatismale, ou bien s'il ne faut pas admettre un rhumatisme articulaire aigu préexistant.

Néanmoins, il y a des cas peu nombreux où le virus blennorrhagique attaque l'endocarde et le péricarde comme la plèvre et les tissus fibreux articulaires.

De là, ces autres conclusions de réel intérêt pratique : nécessité de confiner les malades au lit tant qu'on a lieu de redouter ces complications, d'explorer souvent et soigneusement le cœur et enfin de dépister l'état rhumatismal ou les lésions cardio-valvulaires. S. R.

PHYSIOLOGIE

De l'action des sels de soude sur la nutrition dans l'état de santé, par M. JAWEIN. — Ces recherches ont été faites sur douze individus en état de santé et continuées pendant douze jours Chacun d'eux ingérait vingt grammes de carbonate de soude par jour et pendant la durée des expériences, suivait un même régime alimentaire (*Vratih* 1890, p. 954).

On constata que les assimilations des substances azotées étaient augmentées dans le rapport moyen de un à cinq pour cent ; que les matières extractives étaient en plus grande quantité dans l'urine, et que l'assimilation des aliments protéiques diminuait.

L'urine présentait une réaction alcaline, le poids du corps ne variait pas, enfin, les selles étaient plus abondantes et moins consistantes. S. R.

Influence des injections par la méthode de Brown-Séquard sur les adultes et les vieillards et sur les maladies du système nerveux par M. KOSTIOURINE. — L'auteur a fait les expériences sur plusieurs malades 7 hommes de 23, 26, 30, 32, 50, 56 et 63 ans ; et une femme de 65 ans. Les quatre premiers malades n'offraient pas de troubles particuliers ; ils ne présentaient qu'une faiblesse générale, ressentaient une pesanteur dans la tête, se fatiguaient facilement ; le fonctionnement du système génital était affaibli, on avait constaté, en outre, des phénomènes catarrhaux de l'estomac et de l'intestin.

Six injections ont été faites à l'un des malades ; 16 au deuxième ; 15 au troisième ; 2 au quatrième ; 4 au cinquième ; 6 au sixième ; 2 au septième et 2 à la femme. L'émulsion était introduite dans différentes parties sous-cutanées de l'avant-bras, du bras, de la jambe, de l'abdomen.

L'émulsion a été préparée de la manière suivante : aussitôt le testicule extrait, on le coupait en deux longitudinalement ; à l'aide du tranchant du couteau, on grattait tout le parenchyme que l'on mettait directement dans un verre conique, dans lequel on versait immédiatement 5 à 6 cm. de solution physiologique (0, 7 0/0) de chlorure de sodium ; à l'aide d'une baguette en verre on écrasait la matière extraite en remuant pendant 3 à 5 minutes ; on laissait déposer pendant 1 à 2 minutes, et le liquide à injecter était pris dans le haut du verre. — L'auteur voulait filtrer ce liquide avant de l'injecter ; mais il a dû y renoncer parce que la filtration se faisait difficilement. L'émulsion filtrée présentait sous le microscope un liquide trouble ne contenant qu'un petit nombre de globules rouges ; non filtrée elle contenait en outre des spermatozoïdes encore en mouvement, des spermatozoïdes déchirés, des débris de l'épithelium du

Digitized by Google

testicule, des globules blancs, éléments de lymphe et ensuite des débris de tissus conjonctif. Il est évident que les injections se faisaient dans des conditions antiseptiques. (*Vratch*. 1 novembre 1890).

Les dernières injections faites aux malades jeunes amenèrent une amélioration et un sentiment de bien-être; une plus grande aptitude pour le travail et de la vigueur; une augmentation de 2 1/2 livres a été constatée chez un malade; chez un autre l'excitation genésique avait augmenté, et l'érection se maintenait plus longtemps; l'appétit et le sommeil devinrent meilleurs, et les selles plus régulières. En un mot — une amélioration de l'état général — après les injections.

Une amélioration très notable a été constatée chez un malade de 56 ans atteint d'un tabes dorsalis, qui durait depuis vingt ans. Après la première et surtout après la deuxième injection la marche du malade était devenue plus sûre, il pouvait rester debout pendant quelque temps et même faire quelques pas ayant les yeux fermés et les jambes serrées. Le tremblement des mains qui rendait impossible toute écriture, avait diminué et le malade était arrivé à écrire assez bien, il se sentait plus de force, avait recouvré la sensibilité des mains, etc., etc Il faut remarquer que le malade ne connaissait point le but des injections qu'on lui faisait. Dans un cas de cachexie aiguë de la moëlle épinière au dernier degré, où le malade ne *pouvait plus marcher*, il a pu faire 21 pas après quatre injections, soutenu sous les bras. Par suite de son départ, les expériences n'ont pu être continuées mais l'amélioration se maintient depuis trois mois.

M. Kostiourine conclut que les injections d'après la méthode Brown-Séquard, ne présentant aucun danger pour les malades et amenant en général une amélioration notable, peuvent être admises dans tous les cas de ralentissement de la nutrition, de faiblesse, de débilité sénile. Il serait extrêmement intéressant, ajoute-t-il, d'étudier l'influence de ces injections dans les maladies du système nerveux ou dans les maladies cachectiques

RECHT.

THÉRAPEUTIQUE

Du tellurate de soude contre les sueurs pathologiques, par MM. COMBEMALE et DUBIQUET. — Recommandée par Neusser, cette médication consiste à prescrire le tellurate de soude en potion (*Bull. méd. du Nord*, 9 janvier 1891, p. 12).

MM. Combemale et Dubiquet formulent aussi cette potion:

Tellurate de soude.... 0,02 cent. à 0,05 centigr.
Julep alcoolisé..... 60 grammes.

A prendre en une seule fois, avant de se mettre au lit.

Le tellurate de soude serait supérieur à l'acide camphorique où il arrêterait les sueurs dans 18 cas sur 20, qu'il s'agisse de phtisiques, de rhumatisants ou de cachectiques. Son seul inconvénient serait de donner à l'haleine une odeur aliacée. Néanmoins avant de se prononcer sur les résultats obtenus par nos confrères lillois, il paraît utile d'instituer des essais classiques de contrôle, comme M. H. Huchard le proposait dans le n° 5 de ce journal.

S. R.

De la valeur de l'antipyrine dans la coqueluche, par M TROITZKI. — Cet auteur a étudié pendant deux ans l'action de l'antipyrine dans la coqueluche et est arrivé à la conclusion que l'antipyrine n'agit pas toujours de la même manière. Elle n'est pas le spécifique de la coqueluche, elle agit surtout en calmant le système nerveux, en abaissant la température et par son action anti-putride. Quant à l'influence de l'antipyrine sur la durée de la maladie, il a observé que la maladie est abrégée de une à deux semaines. Mais il n'a jamais observé une si grande abréviation de la maladie qu'ont observée Sonnemberg, Geffrier, Dubosqet Labordèrerie.

La forme nerveuse de la coqueluche est la plus favorable pour le traitement. Il agit moins dans la forme gastro intestinale. Dans la forme catarrhale il agit seulement parce qu'il abaisse la température (*Vratch*, 1890).

Les conditions dans lesquelles vivent les malades ont une très grande importance. L'humidité, la mauvaise nutrition, le manque de lumière et d'air peuvent prendre les dessus sur l'action de l'antipyrine, tandis que dans les bonnes conditions où la nutrition est irréprochable, il suffit de petites doses d'antipyrine pour avoir les mêmes effets qu'on a en donnant les doses deux fois plus fortes dans de mauvaises conditions hygiéniques.

Chez les enfants de 5 à 7 ans, à l'époque de leur croissance l'antipyrine agit et dans les moindres proportions, que dans l'âge de ralentissement ou d'arrêt temporaire de croissance.

RECHT.

L'action de la saccharine sur le cœur, par M. LOUTZENKO. Cet auteur a étudié l'action de la saccharine sur le cœur des grenouilles.

Il a injecté 0,1 gr. à 2 0/0 de saccharine dans du bicarbonate de soude. Une heure après la grenouille était morte. Les tissus sont insensibles au toucher, les pincements provoquent des faibles réflexes; à l'excitation par le courant, ils réagissent fortement, mais pas de suite. Le cœur s'était arrêté en *diastole*: en le touchant avec une pince, il a commencé à se contracter pendant quelque temps, puis s'était arrêté de nouveau en *diastole* (*Meditz. Oboz*, 1891, n° 2).

Le courant a provoqué aussi des contractions du cœur. En poursuivant ses expériences, l'auteur a remarqué que la saccharine à la dose de 0,2 à 0,5 provoque toujours des contractions inégales du cœur. Plus la dose est grande, plus les contractions sont fréquentes et de plus longue durée, après arrive le silence (3-5 contractions manquées).

L'effet sur le nerf vague est, suivant la dose, tantôt faible, tantôt nul sur le cœur.

Excité par le courant il n'a aucune influence sur le cœur. En excitant le cœur par le courant on provoque ses contractions. Des expériences avec la solution du bicarbonate de soude, même à 10 0/0, n'ont donné rien de semblable.

RECHT.

REVUE DES LIVRES

Le lait et le régime lacté par le Dr MALAPERT DU PEUX. (Paris, J. B. Baillière, 1891).

Ce travail comprend deux parties. Dans la première, l'auteur étudie le lait au point de vue physique, chimique, physiologique et biologique, donne des analyses comparatives des différents laits, suivant les espèces animales, les moyens de le conserver et de reconnaître les falsifications dont il est trop souvent l'objet. La seconde partie est consacrée à l'étude du régime lacté aux différents âges de la vie. L'auteur insiste avec raison sur la façon dont on doit suivre le régime lacté dans les maladies. Le lait doit être pris à petites doses, répétées à intervalles égaux et à heures fixes. Trois à quatre litres de lait par jour dans les maladies chroniques sont la dose ordinaire. Pour vaincre la répugnance du malade, il sera bon d'additionner le lait d'un peu de cognac, de kirsch, ou d'une infusion de tilleul pour en masquer le goût. Un des premiers effets produits par ce régime est la constipation, à laquelle on pourra facilement remédier; la diarrhée indique qu'il est mal toléré.

L'auteur énumère ensuite les indications du régime lacté dans le traitement des maladies. Toutefois nous signalerons une lacune, il n'a pas mentionné l'emploi de ce régime dans les cardiopathies artérielles et surtout dans la dyspnée toxique de ces maladies sur laquelle a insisté M. Huchard, et où il donne les meilleurs résultats.

Digitized by Google

A part ces critiques, nous recommandons aux praticiens la lecture de cet ouvrage, où ils trouveront d'utiles renseignements. H. M.

Hygiène de l'adolescence, par le Dr E. Périer. (Paris, J. B. Baillière, 1891).

Ce livre qui fait suite à la *première enfance* et à la *seconde enfance* du même auteur, traite de l'*adolescence*, c'est-à-dire de cette période de la vie de l'homme comprise entre l'apparition des premiers signes de la puberté et le moment où le corps a acquis tout son développement. M. Périer étudie successivement l'hygiène du corps et de la respiration, le régime alimentaire qui convient aux jeunes gens, les exercices physiques, le surmenage intellectuel, l'hygiène de la jeune fille, et enfin il termine par de timides conseils, dit-il, sur les règles qui devraient présider au choix des époux en vue du mariage.

Ce livre ne le cède en rien comme intérêt à ses deux aînés ; il est d'une lecture facile et agréable ; nous espérons qu'il sera accueilli par le public avec la même faveur que les précédents.

H. M.

De la cataracte, par M. le Dr A. Dehenne (Paris 1890, Steinheil).

Ce petit volume en est à sa deuxième édition : un indice au succès. Il a pour objet la pratique de l'opération de la cataracte : manuel opératoire, pansement, soins consécutifs, et pour auteur, un ophtalmologiste de haut mérite, que nous nous honorons de compter parmi nos collaborateurs. En faut-il plus pour légitimer ce succès?

Experto crede Roberto. M. Dehenne légitime ces conclusions sur un nombre considérable de faits. Les voici : elles méritent d'être reproduites textuellement.

I. — L'opération de la cataracte est une opération bénigne. Exécutée soigneusement et avec les précautions antiseptiques, elle donne à très peu près 99 succès sur 100.

II. — Les soins consécutifs ont une importance capitale pour le résultat définitif. Les pansements doivent être faits par le chirurgien lui-même.

III. — Le phlegmon de l'œil peut être presque à coup sûr rayé des statistiques d'opérations de cataracte.

IV. — Le manuel opératoire conseillé dans l'immense majorité des cas est le procédé à petit lambeau supérieur, avec un couteau de Graefe très fin et très étroit, sans iridectomie. La base du lambeau peut être représentée par le dos du couteau passant tangentiellement au bord supérieur de la pupille fortement contractée. L'ouverture de la capsule doit être pratiquée à l'aide du kystitome simple. En cas d'épaississement de la capsule, il est préférable de se servir des pinces-kystitomes à mors postérieurs de de Wecker, dont le maniement est très difficile sans iridectomie préalable.

Chez les gens nerveux ou pusillanimes, on donnera la préférence à la kérato cystotomie.

L'iridectomie doit être réservée aux cataractes adhérentes, et aux cas de rigidité exceptionnelle de l'iris, dans lesquels cette membrane ne se déplisse pas et empêche ainsi la sortie du cristallin.

V. — Le nettoyage de l'œil doit être pratiqué à l'aide de pressions douces et prolongées exercées sur le point opposé à la section cornéenne jusqu'à ce que la pupille soit devenue noire. La curette ne doit être employée que dans des cas exceptionnels. Les lavages intra-oculaire paraissent inutiles et dangereux.

VI. — Quelques minutes après l'opération, on instille 5 à 6 gouttes d'un collyre au sulfate neutre d'ésérine au 1/200. Le collyre au sulfate neutre d'atropine est instillé 48 heures après l'opération.

VII. — Si le malade ne se plaint pas, le pansement peut sans inconvénient rester en place 48 heures. Les deux yeux doivent être hermétiquement clos. Le 3e jour, l'œil non opéré est libéré. A partir du 5e jour le pansement dans la journée est remplacé par un carré flottant ou des lunettes fumées, forme coquille

Le bandeau protecteur doit être appliqué la nuit au moins pendant quinze jours ou trois semaines, et les lunettes correctrices doivent être choisies dans la quinzaine qui suit l'opération.

VIII. — L'antiseptique de choix est la solution de sublimé aux deux millièmes. Ch. E.

Eléments de pathologie et de clinique chirurgicales, par M. le Dr Moynac. (Paris 1890, Steinheil).

Le livre du Dr Moynac est arrivé à sa cinquième édition. Cela seul nous dispenserait d'en faire l'éloge. Cependant nous tenons à dire que le succès de l'ouvrage est mérité. Assurément l'auteur n'a pas la prétention d'apprendre la pathologie externe tout entière. Mais son livre est fort utile aux étudiants et même aux médecins qui éprouvent le besoin de repasser rapidement un sujet de pathologie. Tous les manuels ont des défauts qui leur sont communs, mais le manuel du Dr Moynac a de grandes qualités qui ont fait son succès Il est bien divisé : les descriptions en sont claires et suffisamment complètes ; le diagnostic est fait avec soin ; enfin le traitement est aussi complet qu'on peut le désirer. F. R

TRAVAUX ORIGINAUX

MÉDECINE

De l'état syncopal subintrant chez l'enfant à la mamelle

(SÉMÉIOLOGIE ET TRAITEMENT)

Par le Dr H. Dauchez

Ancien interne de l'hôpital des Enfants Malades

Sous le nom d'*état syncopal*, dit M. Bouchut (1), on doit entendre la perte de connaissance et de mouvement accompagnée de perte du pouls et de diminution de force et de fréquence des battements du cœur. Cet état (ajoute M. Bouchut) est tellement rare chez les enfants à la mamelle qu'il n'est mentionné par aucun des traités consacrés aux maladies de l'enfance, à l'exception du traité de Zwingner, de Bâle. Aussi croyons-nous intéressant de rapporter l'observation suivante qui démontre jusques à l'évidence la vitalité peu commune de certains enfants à peine viables, résistant à un état syncopal prolongé et rappelés à la vie contre toute attente, grâce aux manœuvres classiques et persévéramment répétées de la flagellation, de la respiration artificielle, des injections de caféine et de l'enveloppement ouaté. Malgré les conditions les plus défavorables, (le sujet de cette observation étant né avant terme, étant syphilitique et ayant contracté une pneumonie remontant à 48 heures environ) nous parvînmes néanmoins à entretenir artificiellement la vie de ce malheureux petit être en état de mort apparente, pendant trois jours, contre tout espoir, malgré une trentaine de syncopes se renouvelant à quelques heures d'intervalle. Peut-être même eussions-nous réussi à le sauver sans la survenance d'une pneumonie, hélas ! mortelle.

Dans l'observation II il s'agit encore d'une pneumonie mortelle également. Remarquons en passant la fréquence

(1) *Société médico-pratique*, janvier 1890.

Digitized by Google

des accidents convulsifs alternant dans la plupart des cas mortels avec l'état syncopal, ainsi que l'avaient déjà remarqué MM. Bouchut, Barthez, Delasiauve et Devergie.

Dans l'observation III cependant, malgré les troubles graves du système nerveux, l'enfant guérit.

Il est vrai d'ajouter que l'hyperthermie considérable des enfants cités dans l'observation I et II contraste avec la fièvre modérée des observations de Marotte (1), de Vigla, de Barthez et avec celle très récente du Dr Baumel (de Montpellier) que nous rapportons plus loin (obs. III). Ajoutons encore que si l'état syncopal vient compliquer la plupart des grandes pyrexies et particulièrement les affections des voies respiratoires (pneumonie, broncho-pneumonie), on l'observe de même dans la plupart des maladies infectieuses (fièvre typhoïde etc.), dont l'action toxique sur le myocarde ne saurait être méconnue.

Dans d'autres affections (la coqueluche par exemple) il semble plus rationnel d'invoquer le spasme cardiaque sans altération persistante du myocarde.

Ajoutons encore que la syncope présente chez l'enfant dans la plupart des cas, deux stades : 1° stade classique avec hyperthermie spéciale aux états infectieux; 2° stade tonique ou syncopal — avec hypothermie. — Tels sont les stades par lesquels ont passé les malades dont les observations suivent :

Obs. I (personnelle). — *Etat syncopal subintrant chez un enfant nouveau-né atteint de pneumonie.* — Le 15 novembre j'étais appelé près d'un enfant, né six semaines auparavant (soit à 7 mois 1/2), et dont l'état s'était brusquement aggravé depuis quelques heures. Cet enfant, porteur d'une large syphilide à la jambe gauche, est le troisième enfant de la famille. Mme R... a eu, en effet, trois grossesses: la première, normale; la deuxième, terminée par une fausse couche; la troisième, interrompue à 7 mois 1/2. Ce dernier enfant est celui près duquel on nous appelle et dont la maladie remonterait, nous dit-on, à 3 jours.

Le père et la mère avaient-ils été surpris par la marche foudroyante des accidents? Avaient-ils attendu trop tard? Je ne saurais le dire: toujours est-il qu'à mon arrivée je trouvai sur les genoux de sa mère l'enfant nouveau-né, pour lequel on m'appelait, étendu sans vie, inerte, la face pâle, la pupille légèrement dilatée, à peu près insensible au pincement, déjà refroidi (température rectale 35° 5), en d'autres termes en état de mort apparente.

Appliquant alors avec la plus grand attention mon oreille sur la poitrine de l'enfant déshabillé, je crois percevoir un ou deux battements de cœur. Presque en même temps l'enfant poussait un léger soupir : « C'est fini, dit la mère! » — Je n'osai la contredire, tant j'étais persuadé de la vérité de l'affirmation de la pauvre femme.

Contre toute espérance et pour l'acquit de ma conscience, je m'empressai de flageller la face du moribond avec un linge mouillé, puis frottant sans pitié le thorax de l'enfant à l'aide d'un linge rude imprégné d'eau-de-vie, je vis quelques minutes plus tard le diaphragme se contracter et l'enfant ébaucher une inspiration. Enveloppant le thorax de linges chauds, je pratiquai aussitôt la respiration artificielle pendant que la mère, promenant dans les narines une plume imbibée de vinaigre, réveillait la sensibilité à peu près éteinte.

Une heure durant j'alternai les frictions, les flagellations, les insufflations, les applications de linges chauds. Sous ces influences multiples, la respiration s'était rétablie, le cœur, encore très irrégulier, avait repris son jeu.

Alors seulement je pus m'expliquer la cause des accidents : en appliquant le stéthoscope sur le dos et sous les aisselles du nouveau-né oppressé depuis deux jours, j'entendis à droite quelques râles crépitants fins, du souffle, etc. La dyspnée, les battements précipités des ailes du nez, la submatité de la base droite ne pouvaient laisser place au doute. Il s'agissait à coup sûr d'une pneumonie.

Trois heures plus tard la température était montée de 35° 5 à 38° 6. La nuit suivante l'enfant eut *cinq à six syncopes* au moins conjurées par les flagellations et les frictions pratiquées par les parents sur mon ordre. En outre, l'enfant a pris 15 à 20 cuillerées de lait — et 6 à 8 cuillerées de café noir très concentré.

Le 16 novembre : Je trouve le petit malade pâle, inerte, défaillant, les lèvres cyanosées. La respiration est très irrégulière. Après cinq à six inspirations précipitées, le diaphragme s'arrête. Le cœur est défaillant. Les lèvres sont cyanosées. La température est retombée à 35° 5.

Je prescris un lavement de café noir, un bain très chaud, l'administration du lait du sein.

A midi, température : 36° 6. — Râles fins de la poitrine.

Le soir, température: 37° 5. — L'enfant crie quand on le pince, ouvre les yeux, tette assez facilement. Depuis le matin, *cinq à six syncopes*, précédées de crises convulsives, ont failli l'emporter. La flagellation et la sinapisation ont seules pu rappeler l'enfant à la vie.

17 novembre : nuit très mauvaise. — L'enfant est défaillant. Pâleur extrême de la face. *Les syncopes* se répètent plusieurs fois par heure. Les lypothymies se multiplient malgré l'administration réitérée des lavements de café noir.

En présence de l'irrégularité du cœur qui s'arrête 8 à 10 fois par minute, je pratique, dès la matinée, une injection hypodermique de caféine.

Trois heures plus tard, je trouve une amélioration notable. La température de l'enfant atteint 37° 5.

Vers cinq heures la dyspnée redouble : l'auscultation révèle toujours du souffle, des râles fins, de la submatité de la moitié inférieure du poumon droit. Le thermomètre marque 39° 4.

L'état syncopal s'étant amendé depuis le matin, je renouvelle l'injection hypodermique de caféine Je prescris l'enveloppement des cataplasmes sinapisés. A l'intérieur, je conseille l'administration du sirop d'éther (5 gr.), additionné d'une goutte d'alcoolature de racine d'aconit, le tout en 2 fois, à 2 ou 3 heures d'intervalle.

Le 18 novembre (5e jour de la pneumonie), je trouve le matin l'enfant très oppressé. Le cœur bat régulièrement, environ 130 fois à la minute. *L'état syncopal* a encore failli entraîner la mort pendant la nuit. — (3e injection de caféine de 25 centigrammes).

Malgré cette légère amélioration, quelques convulsions se produisent dans la matinée, et l'enfant succombe vers midi. — (L'autopsie n'a pas été faite).

Obs. II (personnelle). — *Etat syncopal subintrant au cours d'une pneumonie chez un enfant de 11 mois.* — *Le 20 mars* 1886, j'étais appelé, dans la soirée, boulevard d'Enfer, près d'un jeune enfant de ma clientèle, Henry Aru, âgé d'un an, d'apparence vigoureuse, jusqu'alors bien portant et nourri au sein par sa mère. Dans la soirée, l'enfant avait refusé le sein, et, après avoir avalé non sans peine quelques cuillerées de lait, l'avait aussitôt vomi. — La température marquait 38°8; l'enfant, toussant un peu, paraissait oppressé, somnolent.

Du 20 au 22 mars, ne découvrant rien autre chose qu'une respiration légèrement soufflante à gauche, mais voyant la température s'élever rapidement à 39° et 40°, prise dans le rectum, je soupçonnais une pneumonie et fis part de mes craintes à la famille.

L'événement me donna bientôt raison.

Le 23 mars, en effet (3e jour), l'enfant est pris brusquement, dans la matinée, d'une violente crise convulsive, généralisée aux membres, aux globes oculaires, avec cyanose de la face, des lèvres, presque aussitôt suivie d'état syncopal... Au moment où j'arrive, je trouve l'enfant pâle, défait, inerte, respirant à

(1) *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 1853.

Digitized by Google

peine, en état d'asystolie; — la respiration est stertoreuse, irrégulière. L'état de fixité des pupilles dilatées, les bruits laryngés témoignent, en outre, de l'imminence de la mort. — Néanmoins, la flagellation, les frictions, l'application de ventouses, etc., parviennent à ranimer le pauvre petit être — La température est encore à 41°. — Je prédis donc aux parents un retour offensif des convulsions d'autant plus probable que les frère et sœur de cet enfant ont déjà eu chacun de très violents accès convulsifs au cours d'indispositions légères.

En effet, à 11 heures, à 2 heures de l'après-midi, à 4 heures, puis à 7 heures du soir, en dépit d'une solution bromurée forte et d'un lavement d'*asa fœtida*, la même scène se reproduit quatre fois (accès convulsifs avec cyanose, suivis de syncopes graves, que les parents, dressés à la manœuvre, réussirent à faire disparaître en pratiquant les frictions et la respiration artificielle.

Le 24 mars (4e jour). — L'auscultation dénote un souffle tubaire énorme de tout le poumon gauche, quelques râles fins dans le lobe moyen du même côté.

Les accès convulsifs sont tellement fréquents et deviennent tellement menaçants que l'emploi du chloroforme à très petites doses me parait nécessaire. — L'usage des lavements de café me semble également indiqué pour combattre l'état syncopal subintrant qui succède aux convulsions.— La température oscille entre 39°5 et 41; quelques prises d'antipyrine de 0,10 centigr., données à cinq heures d'intervalle, restent sans effet.

Le 25 mars (5e jour). — La pneumonie suit son cours, a envahi tout le poumon gauche; quelques râles fins s'entendent à droite. — L'enfant, défaillant, passe de l'état convulsif à l'état syncopal plus de 30 fois dans la matinée. — Malgré les conseils éclairés de mon savant maître, M. le Dr Ollivier, malgré l'emploi des frictions, des flagellations, et malgré la révulsion des membres et l'administration de l'éther et de l'acétate d'ammoniaque, le pauvre bébé succombait le 5e jour aux suites de sa pneumonie.

Obs III. — *Etat syncopal et convulsif alternant chez un enfant d'un an atteint de coqueluche* (guérison), par le Dr Baumel. (*Revue des maladies de l'enfance*, décembre 1890). — Vers le 8e jour d'une coqueluche d'apparence bénigne, Madeleine B., âgée d'un an, nourrie au sein et au biberon, est prise, le 21 février, de quintes violentes avec turgescence de la face, râles nombreux dans la poitrine et expectorations nombreuses et filantes, cause des quintes. — Le Dr Baumel constate, en outre, l'existence d'une ulcération sublinguale.

Du 19 au 21 février, l'enfant a de 20 à 24 quintes par jour. A chaque quinte, l'enfant accuse de la pâleur et des contractions tétaniques de la nuque.

Légère amélioration le 22 et le 23 février.

Le 24 février, à la suite d'une quinte, Madeleine B. est prise d'une « pâleur de cire » qui persiste assez longtemps après l'accès. Trois jours plus tard, malgré la diminution du nombre des quintes, l'enfant tombe dans un état de somnolence de mauvais augure,

En effet, *dans la nuit du 26 au 27 février*, vers 2 heures du matin, l'enfant, déjà fort affaiblie, est prise tout à coup d'une syncope aussitôt suivie d'état de mort apparente. — « Déjà, dit M. Baumel, les téguments étaient décolorés, la peau froide, la tête et les membres étaient ballants. — L'enfant était inerte, en résolution, sans respiration et sans pouls. Les battements du cœur sont inappréciables.

Après trois quarts d'heure d'insufflation de bouche à bouche, de respiration artificielle, de suspension de l'enfant par les pieds, de frictions, de flagellations, d'enveloppement des membres à l'aide de linges chauds, un faible bruit trachéal, d'abord automatique et léger, puis plus profond, vint enfin démontrer que la vie n'était point éteinte. Peu à peu l'enfant respirant se ranima pour retomber alors dans un état tétanique non moins grave.

Le 27, fièvre intense. — Agitation et grincement des dents, mâchonnement, strabisme double qui coïncident avec la réapparition des quintes, devenues plus fréquentes (28 à 30).

Le 28 février, état fébrile. — Apparition de quelques aphtes sur la langue. — Teinte asphyxique des téguments qui paraît en rapport avec l'état convulsif subsistant.

Le 2 mars, nouvelle syncope des plus menaçantes, précédée de cyanose, de fixité du regard, de convulsions toniques des membres; — pendant 15 à 20 minutes, pâleur mortelle, suivie d'une quinte des plus pénibles, succédant à la respiration artificielle. Jusqu'au soir, l'enfant conserve sa teinte pâle « couleur de cire », absolument cadavérique.

Le 3 mars, l'enfant reste assoupie. Dès qu'on la réveille, elle devient inerte, laisse retomber la tête et parle à peine

Du 5 au 6 mars, légère amélioration. Néanmoins, l'état nerveux persiste.

Enfin, vers *les 16 et 17 mars* seulement, réapparaissent quelques quintes à reprises suivies de vomissements.

Du 1er au 4 avril, l'enfant n'a plus de quintes et on peut la considérer comme guérie le 6 avril, environ 40 jours après le début des accidents.

Obs. IV. — *Etat syncopal subintrant par myocardite chez un jeune enfant atteint de fièvre typhoïde* (Mort). — André S., quinze mois et demi, est pris dans les premiers jours de février 1888 et brusquement d'accidents gastro-intestinaux quelques jours après son sevrage. C'est un bel enfant, vigoureux, jusque là bien portant et nourri au sein par une excellente nourrice. Pour obvier au changement brusque dans le mode d'allaitement, on donne chaque matin à l'enfant un demi-verre d'eau sucrée coupée de lait. Quelques jours après l'administration de cette eau sans doute insuffisamment filtrée et nocive, les accidents gastro-intestinaux se déclaraient avec accompagnement de fièvre continue, ballonnement du ventre, constipation puis diarrhée, légère tuméfaction de la rate, etc.

Malgré quelques irrégularités thermiques, et l'hyperthermie très précoce et très menaçante (40° chaque matin et 41° vers le cinquième ou sixième jour), le diagnostic de fièvre typhoïde put être porté bientôt par mes excellents maîtres MM. Cadet de Gassicourt et Huchard, appelés en consultation. — A ces premiers signes s'ajoutèrent bientôt quelques taches rosées sur l'abdomen, du délire, de l'excitation cérébrale, premiers indices de l'état infectieux qui bientôt devait foudroyer le pauvre enfant.

En effet, vers le 15e jour, nous notions deux signes du plus mauvais augure : une hyperthermie continue (40 à 41°), des irrégularités du pouls, enfin de fréquentes syncopes toujours précédées de crises convulsives avec cyanose de la face et des lèvres, aussitôt suivies de pâleur cadavérique avec abaissement thermique.

Le 15e, le 16e et le 17e jour, l'état syncopal s'accentue de plus en plus. Au moindre mouvement l'enfant se cyanose, renverse la tête, agite les globes oculaires, les membres, puis à cet état convulsif succède une pâleur mortelle, syncopale, après laquelle le pouls reste petit, filiforme et redevient peu à peu irrégulier et dicrote sans jamais retrouver son ampleur. En dépit des injections d'éther, de caféine, renouvelées méthodiquement, malgré les lotions froides, les lavements antispasmodiques l'enfant succombait le 18e jour de sa maladie aux suites de sa myocardite infectieuse, cause évidente des syncopes et des hypothermies observées jusques à six et huit fois par jour.

Quelques considérations pratiques peuvent, ce nous semble, être déduites de la lecture de ces quelques observations heureusement assez rares, dans lesquelles la myocardite infectieuse paraît s'imposer. C'est par elle que nous terminerons l'exposé des faits rapportés ci-dessus.

I. Dans l'état syncopal des enfants à la mamelle, on voit successivement se produire la suspension, l'irrégularité, plus tard enfin la suppression totale des battements cardiaques, celle ci n'apparaissant qu'après de nombreuses syncopes et par suite de l'affaiblissement progressif du muscle cardiaque altéré.

II. En cas de syncope prolongée, tant qu'il y a doute sur l'existence des battements cardiaques, et qu'on peut espérer rappeler à la vie un enfant en état de mort apparente, alors même qu'il existe de l'hypo-

Digitized by Google

thermie (Temp. rectale à 35°) après 15 à 20 minutes d'état syncopal, la révulsion sous toutes ses formes, la respiration artificielle, l'insufflation, etc., devront être employées.

III. L'hypothermie rectale étant de règle chez les enfants syncopés ne saurait être une contre indication. Elle cesse aussitôt après le retour à la vie et alterne avec l'hypertermie des états infectieux (obs. I), cause première des accidents.

IV. Les irrégularités du cœur et du pouls précèdent, accompagnent et suivent l'état syncopal. La répétition fatale est en rapport avec les altérations inflammatoires ou dégénératives du myocarde, dont l'existence bien constatée, compromet presque toujours la vie. (Louis Stocker, Zinker, Hayem, Desnos, Huchard et J. Strauss).

V. Au nombre des éléments d'appréciation pronostique il faut tenir compte des quatre éléments suivants, dont la gravité ne saurait être méconnue :

1° Jeunesse du sujet et caractères plus ou moins infectieux des maladies générales (broncho-pneumonie et fièvre typhoïde, etc.)

2° Apparition concomitante des convulsions préparant la syncope (Obs. I, II, III, IV).

3° Hyperthermie continue en dehors des crises syncopales (Obs. III et IV).

4° Hypothermie *prolongée* au moment des syncopes (Obs. I).

Dans le seul cas cité plus haut (obs. III), où l'enfant ait survécu, il s'agissait d'une coqueluche apyrétique, dont le caractère infectieux ne saurait être comparé à la pneumonie, ni à la dothienentérie des enfants à la mammelle.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

MALADIES DES ENFANTS

Traitement des oxyures vermiculaires. — Le succès du traitement dépend autant de sa durée prolongée que de la puissance vermicide ou vermifuge des agents médicamenteux employés.

PRÉPARATIONS VERMIFUGES. — Elles s'administrent en lavements, en suppositoires ou sous la forme de pommades.

En *lavements*, on a prescrit l'*eau salée* (40 grammes pour 200 grammes) ; l'*eau sucrée* (Debout) ; l'*infusion d'absinthe* (8 à 16 grammes pour un lavement) (Rilliet et Barthez), ou d'*espèces anthelminthiques* (8 à 10 grammes pour 200 grammes d'eau); ou, enfin, plus simplement (Van Swieten), l'*eau froide*.

West et Barthez ont recommandé les lavements astringents; l'un avec le perchlorure de fer et l'eau de chaux :

Eau de chaux.....	150 grammes
Perchlorure de fer.....	X gouttes

Ou :

Eau de chaux.....	90 grammes
Décoction de guimauve.....	30 —

Dans le même but, Trousseau prescrivait les *suppositoires au tanin :*

Acide tanique.....	1 gramme
Beurre de cacao	4 —

Inutile de rappeler que les lavements à l'*asa fœtida* et la décoction d'ail ou d'oignon (Monti) ont encore leurs partisans.

PRÉPARATIONS VERMICIDES. — Ce sont celles que l'on préférera.

Avant de les administrer, on fera prendre au malade un laxatif que l'on formulera ainsi :

Follicules de séné lavé à l'alcool .	2 grammes
Eau bouillante.....	100 —
Faire infuser et édulcorer avec :	
Sirop de cerises	15 —

Si l'enfant est âgé de quatre ou cinq ans, on ajoutera 2 à 3 grammes de sulfate de magnésie.

On administrera ensuite des *lavements parasiticides.* La *suie de bois* emprunte au goudron sa puissance vermicide On pourra donc conseiller sa décoction :

Suie de bois tamisée.	25 grammes
Eau	200 —

Faire bouillir pendant un quart d'heure et administrer la décoction, pendant plusieurs jours de suite, et de préférence, d'après M. Veillard, le soir, une demi-heure avant le coucher.

Au lieu de la suie, on peut employer l'acide phénique :

Acide phénique.....	0,05 centigr.
Eau.....	100 grammes

Pour un lavement.

Ou bien, l'émulsion de calomel :

Calomel.....	0,20 centigr.
Mucilage de graine de lin	100 grammes

Pour un lavement.

Ou bien, à l'exemple de Guersant, le sulfure de potasse :

Sulfure de potasse..	10 grammes
Eau	100 —

La *naphtaline*, recommandée par Rossbach, rend des services. On la véhicule dans un excipient huileux ou mucilagineux :

Naphtaline.....	1 gramme
Huile d'olives.....	50 —

Cette dose doit être doublée et triplée pour les adultes.

Ou bien :

Naphtaline.....	0,20 à 0,80 centigrammes
Décoction bouillante de guimauve.....	200 grammes

Quand les oxyures habitent *la partie la plus inférieure de l'intestin*, on peut ordonner, à l'exemple de Cruveilher, *l'application de l'onguent gris* ; à celui de Valleix, des onctions sur la marge de l'anus avec la pommade suivante :

Calomel.....	0,60 centigr.
Beurre de cacao...	4 grammes

Ou, à celui de Trousseau, les *suppositoires* suivants :

Calomel.....	4 grammes
Vaseline.....	25 —

Digitized by Google

Siègent-ils dans une *région plus élevée du rectum* ou résistent-ils à ces moyens thérapeutiques externes, on prescrira, de plus, l'ingestion d'une poudre vermifuge :

Calomel à la vapeur.. } 0,10 centigrammes
Santonine..... }

Administrer le matin, à jeûn, dans une cuillerée de miel (Bouchut). — Cette dose convient à un enfant de deux à trois ans.

CH. E.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE. **Société de médecine interne de Berlin** (2 février 1891). I. *Le réactif de Frommer.* — **Société de médecine de Berlin** (4 février 1891). II. *L'action thérapeutique de la lymphe de Koch.* — ANGLETERRE. **Société de médecine de Londres** (7 février 1891). III. *Les formes de l'angine de poitrine.* — AUTRICHE. **Société des médecins de Vienne** (6 février 1891). IV. *Les suites de la résection de l'estomac.*

I. **Le réactif de Frommer.** — On admet généralement qu'il est possible avec ce réactif de doser approximativement la quantité de sucre contenue dans les urines. M. JASTROWIZ ne le conteste point; seulement il conseille de procéder dans ces essais, suivant une méthode rigoureuse. Quelle est-elle ?

1° Evacuer complètement la vessie, puis deux heures après un repas d'où le glycose est sévèrement exclu, recueillir les urines qui, dans ces conditions et à l'état de santé contiennent seulement 3 grammes à 3 gr. 5 de sucre par litre;

2° Des précautions techniques sont à observer. On doit attendre un moment avant de se prononcer sur la réaction, soumettre le précipité à l'examen microscopique et prévenir le trouble du liquide produit par l'oxyde de cuivre hydraté, au moyen de l'addition de glycérine;

3° On ajoutera, gouttes à gouttes, le réactif de Frommer à l'urine soumise à l'analyse; on chauffera celle-ci, et avant l'ébullition du liquide, on observera une coloration jaune dont l'existence possède une réelle valeur;

4° Plus tard, dans les points de l'éprouvette où la chaleur est plus élevée, on constatera une teinte rouge, de sorte que M. Jastrowitz a jugé de la richesse de l'urine en sucre d'après la coloration diverse du liquide. Si elle contient moins de 5 grammes de glycose pour 1000: on voit un anneau transparent entre l'anneau jaune supérieur et l'anneau bleu inférieur;

En contient-elle 6 grammes au moins pour 1,000 ? L'anneau est tricolores, rouge en haut, jaune au milieu, bleu en bas.

En renferme-t-elle 4 grammes seulement? L'anneau rouge est à peine marqué.

Au demeurant, le réactif de Frommer révèle la présence du sucre par deux phénomènes : 1° une coloration jaune d'or avant de chauffer le liquide; 2° un précipité orange ou jaune après contenant des cristaux rouges d'oxydule cuivrique.

On le voit, la valeur du réactif de Frommer n'est pas absolue. D'ailleurs, il existe dans l'urine, on le savait déjà avant les remarques de M. Jastrowitz, des substances mal définies ou inconnues, qui modifient ces réactions et font obstacle à la formation du précipité.

II. **L'action thérapeutique de la lymphe de Koch.** — On continue à enregistrer à la Société de médecine de Berlin, comme ailleurs, les multiples insuccès et les déceptions causés par cette substance.

M. JOLLY a eu l'occasion d'observer deux cas de psychoses consécutives à ses injections. C'étaient des délires fébriles, mais à la différence de ceux qui d'ordinaire s'observent, ils ont été durables. Il s'agirait donc d'un délire différent des troubles psychiques dus à une réaction fébrile. C'est encore là, après d'autres, une preuve du danger des injections.

M. HENOCH avoue que ses espérances sont déçues. Sur vingt enfants tuberculeux, soumis au traitement, un seul présenta pendant quelques jours une amélioration suivie bientôt de fièvre hectique et de symptômes locaux des plus graves.

Chez toutes autres malades, l'aggravation fut immédiate. Il y eut des poussées de tuberculose miliaire, de la fièvre hectique et des infiltrations aiguës de pneumonie caséeuse. M. Hénoch, avoue avec contrition, que cette médication donne « des résultats déplorables. »

Après Virchow, Hénoch et d'autres : décidément, en Allemagne, on commence à reconnaître que les appréciations réservées d'abord, justement hostiles ensuite, du remède de Koch, étaient légitimes (1). Mieux vaut tard que jamais.

III. **Les formes de l'angine de poitrine.** — C'est en se basant sur une série de cent cas d'angine de poitrine que M. D. POVELL veut motiver sa classification.

Quarante-deux de ces malades succombèrent brusquement, 14 lentement et 44 survivent.

Quarante-cinq autopsies ont donné les résultats suivants : scélérose coronaire (34 fois); lésions aortiques (26 fois); aortite (1 fois); myocardite graisseuse (19 fois); hypertrophie cardiaque gauche (2 fois); et anévrysme aortique (2 fois).

Il y a d'autres cas où les lésions anatomiques manquent, et dans lesquels on trouve cependant les symptômes de l'angine de poitrine grave, M. Douglas Povell fait intervenir un trouble vaso-moteur dans leur pathogénie, et l'excès de tension actuelle. Il confirme aussi, sans les citer, les travaux français récents, et conclut à l'existence de quatre formes d'angor pectores; angine vaso-motrice, angine grave, angine cardiaque primitive ou spasme du cœur et angine syncopale.

Tout y est: théorie de l'ischémie, spasme artériel, artériosclérose, hypertension sanguine. Povell admet l'exactitude des travaux français; est-ce pour ce motif qu'il évite soigneusement d'en citer les auteurs ?

IV. **Les suites de la résection de l'estomac.** — On admettrait volontiers que la résection même partielle de cet organe provoque des troubles digestifs durables; on a établi, il est vrai, qu'il n'en est point ainsi après une expérience physiologique sur les chiens. Eh bien! M. PARGES a montré à ses collègues de la Société de médecine de Vienne que ces troubles peuvent faire défaut après cette opération chez l'homme.

Il s'agissait d'un homme de cinquante-sept ans, opéré par Mayde, pour un carcinome de la grande courbure de l'estomac. Le chirurgien réséqua une surface de la muqueuse mesurant 17 centimètres en largeur et 18 centimètres en longueur. La réunion fut facile, les suites immédiates furent nulles, et après trois semaines le malade quittait l'hôpital.

Il y a cinq mois de cela, donc une récidive ne paraît pas imminente; les digestions sont parfaites et l'augmentation de poids dépasse 18 kilogrammes.

Ce fait clinique est donc en rapport avec les faits physiologiques. A ce titre, il mérite d'être signalé. K. D.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 12 janvier 1891
Présidence de M. le Dr DESCROIZILLES

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté. La correspondance écrite comprend : une lettre de remerciement de M. Peyrot, nommé vice-président ; une lettre de remercie-

(1) Voir : *Revue générale de clinique et de thérapeutique* (novembre et décembre 1890 et p. 101 de ce numéro.)

Digitized by Google

ments de M. Morice et de M. Niepce, nommés membres de la Société.

La correspondance imprimée comprend : la *Gazette de Gynécologie*, le *Poitou médical*, la *Revue de Polytechnique médicale*.

M. Michel-Dansac, président sortant, remercie la Société de l'honneur qu'elle lui a fait en le nommant président.

M. Descroizilles, le nouveau président, fait l'éloge du président sortant, et remercie au nom de la Société M. le secrétaire général Dr Cyr, M. le secrétaire général adjoint Dr Tripet, les secrétaires annuels, et M. le trésorier Vigier. Il présente à la Société le nouveau secrétaire annuel, M. Pennel. M. le Dr Descroizilles remercie la Société de l'avoir nommé président et prend place au fauteuil de la présidence.

M. Vigier fait une communication sur le **Rétinol**.

M. Gautrelet. — L'idée d'associer le phosphore au rétinol est très heureuse. Ce dernier corps n'étant pas oxygéné, le phosphore ne s'y décompose pas. Dans les conditions habituelles, le phosphore se décompose facilement. Ainsi en présence de la glycérine, il se fait d'abord de l'*acide phosphorique*, puis de l'acide phospho-glycérique, et sous cette forme il est difficile de faire absorber du phosphore.

M. Vigier. — Le phosphore, associé au rétinol, pouvant être plus facilement introduit dans l'organisme, il deviendra plus facile d'étudier son action physiologique.

La séance est lévée.

E. Potherat.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 *février* 1891

Présidence de M. le Dr Terrier

Arrachement sous-cutané du tendon extenseur à son insertion sur la phalangette des doigts. — M. Schwartz. Cette affection est bien connue depuis le mémoire de M. Segond, publié en 1879, les travaux Busch, Polaillon, Jennings, Lejars, et Delbet, M. Schwartz en a observé trois cas qui font l'objet de sa communication.

M. F., industriel, pendant une promenade à cheval, fait un effort pour dégager le petit doigt pris dans une lanière de cuir ; lorsque la main est dégagée, il ne peut redresser que très incomplètement l'auriculaire, la phalangette reste fléchie sur la phalangine. M. Schwartz ne constate pas de fracture des phalanges, ni de déformation extérieure sensible : il est facile de redresser la phalangette, mais celle-ci retombe aussitôt, le blessé ne peut la soulever que légèrement. Le tendon extenseur ne semble donc pas arraché, mais plutôt tiraillé et allongé. M. Schwartz applique un dé métallique emboitant le petit doigt et se rattachant sur la face dorsale de la main à un bracelet, à l'aide d'une bande élastique. Le blessé était guéri au bout de quatre semaines.

Mme X., 40 ans, à la suite d'une flexion forcée de l'auriculaire droit, ne peut redresser ce doigt, qui reste fléchi à angle obtus ; le redressement est facile, mais il reprend aussitôt sa position vicieuse, l'extension volontaire est impossible. M. Schwartz voit la malade deux jours après l'accident, constate une rupture de l'extenseur à son insertion phalangethienne, et applique un petit appareil en carton, de façon à maintenir le doigt dans l'extension. La malade l'enlève au bout de dix jours et cesse de se soigner. Deux ans après, la difformité persistait encore, le doigt était resté dans la flexion, et l'extension était impossible.

M. Z. reçoit un choc sur le dos de la main et ressent un craquement dans le médius droit qu'il ne peut redresser ; la phalangette reste fléchie sur la phalangine. M. Schwartz voit le blessé le lendemain de l'accident, et diagnostique une rupture du tendon extenseur. Après anesthésie avec la cocaïne, il fait sur la face dorsale du doigt une incision de deux centimètres et demi ; le tendon extenseur est rompu à trois millimètres de son insertion à la phalangette : il fait alors la suture des deux bouts du tendon avec deux fils de catgut et applique une petite attelle sous la main, pansement antiseptique. Quinze jours après la réunion était parfaite, les mouvements du doigt étaient complètement rétablis.

Il résulte de ces faits que la rupture tendineuse simple est la lésion la plus fréquente que l'on observe sur le vivant, tandis que les expériences pratiquées sur le cadavre reproduisent surtout des arrachements avec fracture, ainsi que Delbet l'a montré.

La déformation du doigt, l'impotence fonctionnelle constituent essentiellement le tableau clinique de l'arrachement ou de l'allongement simple du tendon extenseur.

Quand il s'agit d'une simple élongation, le port d'un petit appareil à traction élastique ou même l'application d'une gouttière à extension en gutta-percha suffit pour corriger la déformation et rétablir en peu de temps les mouvements du doigt.

Quand il y a des signes d'arrachement complet, on pourra placer le doigt et la main dans un appareil à extension remontant jusque sous l'avant-bras. Si le rétablissement des fonctions est incomplet après deux ou trois semaines d'immobilisation, il y aura lieu de faire la suture tendineuse, ainsi que M. Schwartz l'a pratiquée avec succès.

M. Routier a observé, au mois d'octobre, dernier chez une personne de 60 ans, très arthritique, un arrachement du tendon à son insertion sur la phalangette. Ne voulant pas pratiquer une opétation, il appliqua un simple appareil à extension, mais la difformité et l'impotence fonctionnelle ont persisté.

Nephrectomie transpéritonéale. — M. Terillon a pratiqué cette opération six fois avec succès pour diverses tumeurs du rein : hydronephroses, épithéliomas, reins polikystiques, tubercules suppurés du rein. Abandonnant la voie lombaire, M. Terrillon attaque le rein par la paroi antérieure de l'abdomen, en pratiquant l'incision des tissus sur le point culminant de la tumeur. Le temps le plus délicat de ce procédé est le traitement du pédicule ; quand il ne s'agit point d'une lésion suppurante du rein, par conséquent lorsque le pédicule n'est pas infecté, M. Terrillon conseille de le réduire complètement dans le ventre, comme s'il s'agissait d'un pédicule d'ovariotomie.

Dr H Marciguey

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 *février* 1891

Présidence de M. le Dr Labbé.

De l'œdème rhumatismal chronique. — M. Desnos. — Cette affection, que M. Verneuil a décrite en 1879 sous le nom de pseudo-lipome sus-claviculaire de nature rhumatismale, et à laquelle M. Potain a consacré un mémoire lu à l'Académie en 1882, est assez rare, et pour cette raison, souvent méconnue. L'œdème rhumatismal chronique ne se montre pas seulement dans la région sus-claviculaire ; il peut se développer encore sur toutes les parties du corps, principalement sur les membres. Ses plaques présentent une dureté caractéristique, ne sont pas dépressibles. La pression du doigt n'y forme donc pas de cupule, à moins qu'elles ne soient situées au dessus d'un plan osseux résistant. L'affection est essentiellement chronique, sa durée ne peut être précisée, elle est toujours longue. Liée à

Digitized by Google

l'arthritisme, elle est précédée ou suivie de manifestations articulaires. En général on retrouve l'hérédité arthritique parmi les antécédents de famille, surtout dans la ligne maternelle (Potain). Le froid, les impressions morales vives président à son développement.

Le diagnostic ne s'établit que par exclusion. Si, dans un cas de ce genre, il n'existe aucun trouble du côté du cœur ou des reins, on pourra penser à l'œdème rhumatismal. La présomption se changera en certitude, s'il existe des accidents articulaires concomittants. Les maladies avec lesquelles on pourrait confondre l'œdème rhumatismal chronique, sont la phlegmatia alba dolens, l'anasarque a frigore, le myxœdème, l'éléphantiasis. Il suffit que l'attention soit éveillée de ce côté, pour éviter ces causes d'erreur.

M. Desnos termine sa communication par l'observation suivante :

Une femme de soixante-trois ans, atteinte depuis plusieurs années de douleurs articulaires, entre au mois de juillet dernier dans son service à la Charité. Déjà en 1886, elle avait été soignée dans le service de M. Laboulbène pour des douleurs articulaires, et un pseudo-lipome sus-claviculaire, actuellement disparu. Les articulations de la colonne cervicale et temporo-maxillaire étaient envahies par le rhumatisme chronique; la malade ne pouvait remuer la tête qu'avec difficulté. Les pieds étaient déformés, le gros orteil dévié en dehors, les jambes étaient le siège d'un œdème dur, peu dépressible. Les phalanges des doigts étaient augmentées de volume au niveau des articulations. La malade se plaignait de douleurs très-vives au niveau de toutes les jointures. Il n'existait pas d'albumine dans les urines, ni de lésion au cœur. Le salicylate de soude, l'antipyrine, la colchique furent essayés sans succès. L'état de cette malade fut amélioré par l'application sur les articulations malades de boues réchauffées de Dax.

La société, réunie en comité secret, discute le rapport de M. Rendu sur les projets de réforme de l'enseignement médical et du concours des hôpitaux, présentés par M. Huchard. H. M.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 février 1891

Présidence de M. le Dr Tarnier

De la vaccination obligatoire. — M. Le Fort vient répondre à MM. Brouardel, Proust et Hervieux. On l'accuse d'être l'ennemi de la vaccine et on lui reproche de ne pas se soucier de la défense nationale. M. Le Fort proteste. M. Brouardel dit que la prochaine guerre serait la date de la prochaine épidémie de variole. M. Le Fort lui répond que les guerres de la République et de l'Empire n'ont pas été accompagnées d'épidémies de variole plus que les guerres de Crimée et d'Italie.

M. Le Fort ne croit pas que la vaccine prédispose au cancer et à la tuberculose. Il ne croit qu'aux faits démontrés. Il met sous les yeux de l'Académie les résultats du rapport du Dr Barry (de Sheffield) sur l'épidémie de variole qui a sévi en 1887 dans cette ville. Ce médecin a visité 275,878 personnes et 59,807 maisons, dont 3,218 étaient contaminées. Dans ces maisons habitaient 18,756 individus : 18,220 avaient été vaccinés. De ces individus, 4,151 eurent la variole, c'est-à-dire 23 0/0. Sur les 736 autres personnes, les trois-quarts eurent la variole.

Ce rapport montre l'influence de l'âge du vaccin sur la préservation du vacciné. De 0 à 5 ans, il n'y eut que 5 0/0 des vaccinés d'atteints. Au-dessus de 5 ans la proportion est de 10 0/0. De 30 à 40 ans la proportion des varioleux chez les vaccinés est de 49 0/0.

Puisque la protection fournie par le vaccin diminue avec l'âge, cela prouve l'utilité de la revaccination. Sur 63,654 revaccinés, 75 seulement eurent la variole. La mortalité chez les non vaccinés a été de 35 0/0, chez les vaccinés de 3,5 0/0 seulement. A Sheffield, sur 5,713 varioleux, 4,151 avaient été vaccinés, Il y eut 200 décès. Chez les non vaccinés, la mortalité a été de 49, 5 0/0. On ne peut donc nier les bienfaits de la vaccination. Il faut la populariser et montrer aux paysans des graphiques comme ceux que M. Le Fort met sous les yeux de l'Académie : tout le monde sera convaincu. Il n'y aura pas besoin de recourir à l'obligation. En présence de cette démonstration, il n'y aura pas d'opposition.

Quand il s'agit de la vaccine facultative, on est sur le terrain médical. S'il s'agit de l'obligation on entre sur le terrain législatif et on demande une loi qui porte atteinte à la liberté individuelle. Il faut auparavant prouver que la vaccination obligatoire peut empêcher les épidémies de variole et que c'est le seul moyen qu'on possède pour atteindre ce but. Malgré sa conviction de l'utilité de la vaccine, M. Le Fort montre que la vaccination n'a pas la puissance qu'on lui attribue.

M. Proust prend l'exemple de Marseille et de Reims en 1886 pour montrer les ravages que peut faire la variole. Mais, dans cette année, la variole était épidémique dans ces villes : il n'est pas étonnant qu'il s'y soit produit de nombreux décès. 113 autres villes n'avaient pas de variole. On pourrait donc s'appuyer sur ce fait pour dire qu'en 1886 il n'y avait pas de variole en France. En 1886, il y a eu à Dresde une épidémie de variole avec une mortalité trois fois plus élevée qu'en France. En 1885, il y a eu en Allemagne 385 décès par variole, bien que M. Proust prétende que cette maladie a disparu dans ce pays. De plus, il faut songer qu'en 1871 et 1872, il y avait en Allemagne, 136.000 décès par variole. Il n'est pas étonnant qu'après une pareille épidémie, les décès par variole aient été moins nombreux.

Nous avons actuellement la vaccination et la revaccination obligatoires dans les écoles et l'armée ; mais la Prusse a de plus que nous l'isolement et la déclaration obligatoires des varioleux, depuis 1875. La variole a diminué, dans ce pays, jusqu'en 1877. A partir de cette année, la mortalité augmenta jusqu'en 1882. En 1885 le gouvernement prussien rendit une ordonnance qui étendait à la maison entière l'isolement des varioleux qui habitaient cette maison et, cette fois, la variole diminue et arrive au chiffre actuel.

On n'a pas le droit de dire que les bons résultats obtenus en Allemagne sont dus à la vaccination obligatoires, alors qu'il y a en outre un isolement rigoureux des malades. En 1871, il y eut dans le Schlewig, 116 décès par variole pour 100,000 habitants, bien que la vaccination et la revaccination fussent obligatoires dans le pays. La vaccination obligatoire est insuffisante pour prévenir les épidémies de variole.

Qu'on suppose que 98 0/0 de la population soit vaccinée ; c'est là un chiffre presque idéal. Or, même dans ce cas, une épidémie de variole est possible. M. Le Fort cite comme exemple l'épidémie de Sheffild en 1871. Sur 268,397 vaccinées et sur 63,654 revaccinées ; il y eut 18,121 cas de variole.

On a eu de la peine, à faire accepter la vaccination, n'allons pas demander la revaccination obligatoire. La revaccination s'introduit peu à peu et naturellement dans la population. Il n'y a qu'à faciliter ce mouvement. M. Le Fort n'acceptera jamais qu'on porte atteinte au droit des citoyens. Cette loi sur la vaccination obligatoire, vous ne l'obtiendrez pas. On dira avec raison que l'Académie a demandé la vaccination obligatoire avec le vaccin humain. Aujourd'hui elle le rejette et préconise le vaccin de genisse. On se domandera si on ne renon-

Digitized by Google

cera pas à ce dernier pour le vaccin de chèvre. Le service de la vaccine n'existe pas en France. Etablissez-le et alors seulement vous pouvez demander la vaccine obligatoire.

M. Hervieux lit un rapport sur le travail lu par M. Créquy à la dernière séance. F. R.

INFORMATIONS

Société de chirurgie. — *Prix de l'année* 1891. — Les prix mis au concours sont les suivants :

Prix Dural. — A la meilleure thèse de chirurgie.

Prix Laborie. — Au meilleur travail *inédit* sur un sujet de chirurgie.

Prix Demarquay. — Traitement chirurgical des calculs biliaires.

Prix Gerdy. — Cure radicale des hernies ombilicales.

Les réformes hospitalières. — Dans sa dernière séance, la Société de chirurgie vient de décider que :

1° Il n'y a pas lieu de modifier le concours actuel pour la nomination des chirurgiens des hôpitaux ;

2° Tout chirurgien pourra se faire assister et remplacer dans son service par *un chirurgien du Bureau central*, de son choix.

— La Société discutera prochainement sur les modifications à apporter dans le service des consultations externes.

Association médicale mutuelle du département de la Seine. — Cette Société, dont la prospérité croissante s'affirme par les services rendus autant que par le budget, a payé 3,290 francs d'indemnité de maladies, avec 121 membres en 1888 ; 3,530 francs avec 151 membres en 1889, et 7,920 francs avec 191 membres en 1890

Dans l'assemblée du 8 février courant, présidée par notre estimé confrère M. Gallet-Lagogney, son dévoué fondateur, l'avoir de cette Société a été arrêté à 43.219 francs, dont 40,000 francs comme fonds de garantie. C'est dire qu'avec la cotisation mensuelle de 10 francs par mois, nos confrères associés ont su réaliser l'indemnité de droit en cas de maladies.

C'est aussi démontrer que l'Association générale des médecins de France sera bien inspirée si elle se décide à donner à cette intéressante institution le patronage moral qu'elle mérite à tous les titres.

NOUVELLES MILITAIRES

FRANCE

Nominations dans le corps de santé militaire. — (Armée territoriale). *Au grade de médecin principal de 2e classe* : M. Pernod (retraité).

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Galzani et Beaulieu (retraités).

Nominations dans le corps de santé de la marine. — (Activité). *Au grade de médecin de 2e classe* : M. le Dr Thereanid, médecin auxiliaire de 2e classe.

A l'emploi de médecin auxiliaire de 2e classe : M. le Dr Peltier.

(Réserve). *Au grade de médecin principal* : M. le Dr Boulain retraité).

NOUVELLES SANITAIRES

ÉTRANGE

Asie mineure. — **L'épidémie cholérique** — D'après les derniers bulletins officiels, il y a eu, pendant la seconde quinzaine de janvier : dans le vilayet de Beyrouth, 5 décès à Tripoli de Syrie, 2 à Sefsufek ; dans le vilayet de Diarbekir, 2 à Tchermik ; et dans celui de Maamouret-ul Aziz, 71 décès.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs Tourette, ancien médecin de la marine ; Bousquet (de Marseille). Petit, médecin auxiliaire de la marine; Clech, député du Finistère

En Russie : M. le Dr K. Gœbel, privatdocent d'ontologie, à la Faculté de Cracovie.

En Angleterre : M. le Dr Markhom, ancien professeur de physiologie à Saint-Mary-Médical-School de Londres.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Cavazzani (E.). — Contribution à l'étude de la syphilis extragénitale (*La Riforma medica*, 20 janvier 1891, p. 191).

Edwards (B. C.). — Des cirrhoses hépatiques de l'enfance (*Le Progrès médical*, 10 janvier 1891).

Forgeaud. — Deux cas de coupure complète du tendon d'Achille (*Journal de la société de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne*, déc. 1890, p. 181).

Herringham. — De l'albuminurie cyclique ou intermittente (*The Brit. med journal*, 31 janvier 1891, p. 218).

Lamy. — Deux cas de sciatique spasmodique (*Le Progrès méd.*, 10 janvier 1891).

Olivier (T.). — Un cas de tachycardie traité avec succès par l'électricité et la belladone (*The Brit. med. journal*, 31 janvier 1891, p. 217).

Seifert. — Du pemphygus de la muqueuse nasale et pharyngienne (*Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, 1er février 1891).

Sollier. — Hemichorée de Sydenham chez un adulte (*La France méd.*, 30 janvier 1891).

Solton Fenwick. — Le traitement de la pneumonie lobaire aiguë, d'après 1000 cas observés dans les hôpitaux de Londres de 1880 à 1890 (*The Lancet*, 31 janvier 1891, p. 247).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Benson. — Opérations de blepharochieroplastie (*The Brit. med. Journal*, 7 février 1891).

Greg (C.). — Fibro-myome du ligament large (*O. Brazil medico*, 8 janvier 1891).

Krug (F.). — Hystéro rrhaphie transpéritoneale (*The New-York med. journal*, 3 janvier 1891).

Milligen (W.). — Ostéite primitive de l'apophyse mastoide *The med. Chronicle*, janvier 1891, p. 265).

Moty. — Du traitement des contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval (*Arch. de méd. mil.*, février 1891, p. 158).

O'Neill. — Des opérations de cure radicale des hernies chez les enfants (*The Brit. med. Journal*, 7 février 1891).

Owen (E.). — Traitement des épanchements aigus du genou par la ponction (*The Practitionner*, février 1891).

Parker. — Des indications opératoires de la cure radicale de

Perez Valdes. — Corps étrangers des voies respiratoires (*Revista clinica de los hospitales*, janvier 1891, p. 13).

Reverdin. — De l'incision périnéale dans la prostatite suppurée (*Revue méd. de la Suisse Romande*, 20 janvier 1891).
la hernie chez les enfants (*The Brit. med. Journal*, 7 février 1891).

Southam. — Traitement du torticolis spasmodique par l'excision du nerf spinal accessoire (*The Brit. méd. journal*, 31 janvier 1891, p. 222).

Wright. — Sur quelques variétés d'abcès abdominaux (*The Lancet*, 7 février 1891).

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEDER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE N° 8 25 FÉVRIER 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, DEMELIN, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

AVIS. — L'administrateur de la *Revue Générale de Clinique et de Thérapeutique* a l'honneur de rappeler à nos abonnés qu'à partir du 10 mars prochain, la quittance de réabonnement leur sera présentée, augmentée de 75 centimes pour frais de recouvrement.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Hôpital Cochin. — M. le Dr SCHWARTZ

Du curettage appliqué au traitement des cancers de l'utérus. Ses accidents.

Les cancers de l'utérus, au point de vue clinique et thérapeutique, se divisent en cancers du col, cancers du corps, cancers cavitaires ou endométriques. Vous avez eu l'occasion d'observer, avec moi, un grand nombre de cancers du col pendant les derniers mois qui viennent de s'écouler, et presque toujours il s'agissait de tumeurs ayant déjà envahi les culs de sac du vagin, ou les ligaments larges et par conséquent non justifiables d'une intervention radicale. C'est à ces cas que vous m'avez vu appliquer, pour remédier aux symtômes pénibles présentés par les malades et que nous énumérerons tout à l'heure, une opération palliative qui, presque toujours, nous a donné d'excellents résultats, au moins immédiats si ce n'est définitifs, sans faire courir à la malade aucun danger du fait opératoire. C'est de cette intervention, qui est le curettage, que je désire vous entretenir. Le cancer du col, qui doit nous occuper exclusivement, revêt en général les quatre formes suivantes : tantôt il consiste dans une masse végétante envahissant une ou les deux lèvres du museau de tanche, plus ou moins localisé ou diffus suivant la période à laquelle il est arrivé, c'est la forme du cancer en champignon, du cancer végétant; tantôt il s'agit de la forme ulcéreuse : ici le col plus ou moins volumineux est détruit par une ulcération ichoreuse à bords indurés, plus ou moins étendue; dans la troisième forme, l'altération a débuté par la cavité du col pour s'étendre ensuite sur le museau de tanche et sur le corps de l'utérus; dans une quatrième forme enfin, le cancer est interstitiel : le col n'est pas ulcéré, mais il est gros, bosselé, bleuâtre, remplissant plus ou moins le fond du vagin.

Quand l'extirpation totale ou partielle est contre-indiquée, soit par des signes de généralisation, soit par la constatation de la prise du vagin, de la vessie, du rectum ou des ligaments larges, le chirurgien n'en a pas moins le devoir de soulager sa malade et de pallier, si possible, les symptômes pénibles produits par le cancer. Ces symptômes pour le cancer du col sont au nombre de trois principaux : les douleurs locales et irradiées, les écoulements ichoreux, les écoulements sanguins.

Si nous pouvons peu, en général, contre les douleurs à l'aide des moyens chirurgicaux, nous sommes au contraire plus puissants quand il s'agit de combattre les écoulements le plus souvent fétides, ichoreux ou sanguins, qui, par leur abondance ou leur continuité ou leur fétidité, épuisent les patientes ou leur rendent la vie intolérable à elles et à leur entourage.

C'est dans tous ces cas que vous m'avez vu employer le curettage suivi de la cautérisation, soit au thermocautère, soit encore avec la solution de chlorure de zinc au 1/10e.

Ceux qui se prêtent surtout à l'action de la curette tranchante sont les cas de cancers mous végétants, proéminents comme un choufleur dans le vagin; ce sont ceux qui sont surtout la cause d'écoulements séro-sanieux très abondants et infects, et de métrorrhagies plus ou moins profuses, ou plutôt l'écoulement est séro-sanguinolent plutôt que constitué par du sang pur. A côté de ces faits s'en placent d'autres où la forme ulcéreuse est en même temps plus ou moins bourgeonnante et où les couches les plus superficielles du néoplasme épithélial ont subi un ramollissement qui permet l'action efficace de l'instrument; viennent enfin ceux où l'épithélioma est intra-cervical ou cervical; il a altéré les parois du canal plus ou moins profondément et s'est propagé d'un côté sur le museau de tanche, de l'autre sur la muqueuse utérine proprement dite. Vous avez pu voir de cette variété de cancer quatre exemples bien manifestes, dont l'un a été particulièrement intéressant à cause de l'accident qui nous est arrivé pendant le curettage de l'utérus et que nous rapporterons plus loin.

Voici comment doit se pratiquer l'opération.

Il est bien entendu qu'elle doit être précédée de toutes les précautions antiseptiques que l'on prend pour toute intervention gynécologique. La patiente aura été purgée la veille, ou du moins le rectum aura été vidé à l'aide d'un grand lavement, un moment avant l'opération. On aura fait pratiquer, si les manœuvres n'amènent pas d'hémorragies, des lavages du vagin avec de la liqueur de Van Swieten coupée de deux parties égales d'eau chaude bouillie; le vagin aura été tamponné deux jours avant, après chaque lavage avec de la gaze iodoformée. La femme étant placée dans la position du spéculum, ou encore dorso-sacrée, les jambes maintenues par deux aides, la vessie est vidée, un dernier lavage est fait avec de la liqueur de Van Swieten pure ou dédoublée. Nous nous servons pour mettre le col à découvert de la grande valve de Bozeman quand elle est facilement applicable,

Digitized by Google

quand le vagin est large, et d'une petite valve antérieure.

Comme cette application est généralement assez douloureuse ainsi que les manœuvres qu'on est obligé de faire plus tard, nous donnons volontiers un peu de chloroforme à nos opérées, tout en reconnaissant que dans beaucoup de cas l'on pourrait s'en passer. Le col étant trouvé, est saisi avec une bonne pince à érignes dans une de ses parties moins malades et fixé. Prenant alors une curette utérine tranchante de Simon, l'on abrase toutes les parties qui se laissent facilement enlever en procédant avec rapidité mais en même temps avec prudence en arrière et en avant, surtout quand le cancer a envahi les parois du vagin.

Il sera bon de mettre une sonde dans la vessie, pour se rendre compte de la situation exacte de celle-ci, et plus tard de toucher le rectum pour être certain qu'on n'en est pas trop près et ne pas risquer de l'ouvrir. Ce dernier incident me serait certainement arrivé dans un de nos curettages récents, sans la précaution que je viens de vous signaler. Quand il s'agit d'un cancer végétant, l'on est averti que les parties ramollies sont enlevées par une sensation de dureté qu'éprouve la curette, et un petit bruit spécial qu'elle produit par le raclage. Ce sont là des indices qu'on est arrivé sur des tissus à peu près sains, et que l'instrument n'intéressera que très difficilement. Assez souvent il faudra enlever alors à coups de ciseaux, et avec une longue pince à griffes, des lambeaux qui n'auront pas été détachés complètement et l'on régularisera les bords de la cavité et de la surface souvent irrégulière qu'aura créée l'instrument.

S'il s'agit d'un cancer ulcéré et fongueux, les manœuvres seront généralement les mêmes; et de même pour les cancers intracervicaux. Pour ces derniers, le curettage aboutit à la formation par évidement d'une cavité conique, comprenant une plus ou moins grande partie du segment inférieur de la matrice et il faut redoubler de précautions du côté de la vessie, du rectum et du péritoine en arrière.

Il est bon de se servir pendant l'opération de deux modèles de curette, l'une plus grande pour les grosses masses, l'autre plus petite destinée à fouiller les petits nids épithéliaux où l'autre ne pénétrerait pas.

Le curettage terminé, nous le faisons suivre, après arrêt du sang par le tamponnement, d'une cautérisation très énergique au fer rouge, ou au bout mousse de Paquelin rougi à blanc, en ayant soin de faire immédiatement des irrigations vaginales froides. Dans un certain nombre de cas, vous m'avez vu employer le tamponnement de toute la cavité pathologique avec de petits tampons d'ouate, imbibés d'une solution au 1/10 de chlorure de zinc. C'est dans ceux où il y a un écoulement sanguin assez abondant qui ne s'arrête pas sous l'influence d'un simple tampon maintenu appliqué pendant quelques instants.

Cela fait, on place dans la cavité, s'il y en a une et dans le vagin, quelques bandes de gaze iodoformée, par-dessus la vulve on place de l'ouate et puis un bandage en T et tout est terminé.

L'opération, quand elle est pratiquée avec prudence et les précautions que nous avons indiquées, ne donne généralement lieu à aucun accident. Dans quelques cas, néanmoins, il peut en arriver du fait de l'opération ou de l'opérateur.

L'hémorragie, dans les cancers très vasculaires, peut être assez abondante, pendant le curettage, pour nous inquiéter ; alors il faut enlever rapidement toutes les masses les plus superficielles, tamponner avec une grosse éponge et recommencer ainsi jusqu'à ce que tout soit enlevé. L'écoulement sanguin, se faisant presque toujours en surface, il ne faut pas perdre son temps à vouloir placer des pinces, et ne se servir de celles-ci qu'on laissera à demeure, que si l'on aperçoit un jet artériel assez volumineux.

Le voisinage du rectum, de la vessie, du cul de sac postérieur du péritoine, crée dans les cas avancés d'autres dangers que je vous ai déjà fait prévoir.

Le rectum, la vessie peuvent être ouverts d'un coup de curette, et il en résulte la production d'une fistule vésico ou recto-vaginale dont vous devinez aisément tous les inconvénients. Il m'est arrivé une fois, malgré les précautions que j'avais prises, et dont je vais vous parler, de léser la vessie ; la malade perdit de l'urine pendant cinq jours, puis, tout écoulement disparut, et la fistule guérit spontanément.

C'est là un fait très rare et sur lequel vous ne devrez pas compter.

Pour éviter l'ouverture des réservoirs rectal et urinaire, il faut, dans les cas suspects, se guider avec le doigt introduit dans le rectum et la sonde placée dans la vessie, et se rendre compte des rapports ; de cette façon, on évitera presque toujours, sinon toujours, de les blesser.

Un autre accident, qui peut avoir des conséquences immédiates beaucoup plus graves, est la perforation de l'utérus. Deux cas peuvent se présenter : ou bien les ligaments larges et la périphérie sont infiltrés par le cancer, ou bien, au contraire, il n'y a pas de masses cancéreuses péri-utérines, et la curette pénètre directement dans le péritoine et, en particulier, dans le cul de sac de Douglas. Quant l'utérus, entouré de masses néoplasiques avec lesquelles il se confond, est perforé, il n'arrive en général aucun accident, et le tamponnement à la gaze iodoformée, appliqué comme dans les cas ordinaires, suffit pour amener la guérison opératoire. Il peut ne pas en être de même quand le péritoine est ouvert et une péritonite septique peut emporter rapidement l'opérée, surtout quand le foyer cancéreux n'a pas été bien désinfecté avant et pendant l'intervention. Nous avons eu affaire récemment à un cas de ce genre, dont voici la relation :

Il s'agissait d'une dame P..., âgée de 55 ans, malade depuis le mois de décembre 1889, et qui entra à la Maison Municipale de Santé, le 3 juin 1890, pour des pertes sanguines excessivement abondantes, après qu'elle n'eut plus vu depuis cinq ans.

Nous constatons au toucher l'existence d'un épithelioma du col de l'utérus envahissant la cavité cervicale largement ouverte, envahissant la paroi vésico-vaginale

Digitized by Google

dans l'étendue de 3 à 4 centimètres au moins. Quoique l'utérus soit relativement mobile, nous ne sommes pas d'avis de tenter une opération radicale contre-indiquée selon nous par l'envahissement du vagin en avant, et nous proposons le curettage pour parer aux hémorragies.

Après les précautions antiseptiques d'usage, la malade est endormie le 10 juin, et nous procédons au curettage. Le col est enlevé en presque totalité ; la curette attaque la cavité utérine quand, tout à coup, sans que nous ayons fait aucun effort, elle traverse la paroi postérieure de l'utérus et y détermine une large déchirure verticale de 4 centimètres, qui donne aussitôt issue à un petit kyste, de la grosseur d'une noix, attaché par un long pédicule, et qui est manifestement un petit kyste ovarique ou para-ovarique. On l'enlève et on réduit le petit pédicule. Nous faisons, immédiatement après avoir retiré l'instrument, un lavage au sublimé à 1/1000, puis le nettoyage de la cavité utérine avec de petits tampons de gaze iodoformée ; puis saisissant, avec une longue pince à griffes, les bords de la déchirure, nous les réunissons à l'aide de quatre sutures au catgut n° 2. Ces manœuvres ont été assez difficiles à cause de l'étroitesse de la cavité dans laquelle on opérait. Tamponnement à la gaze iodoformée. Ouate et bandage en T. Prises d'extrait thébaïque, les deux premiers jours, de 0,05 centigrammes. L'opérée n'eut aucune réaction et guérit parfaitement. Nous l'avons revue en octobre dernier, quatre mois après, et l'amélioration persiste. C'est à peine si elle reperd, depuis quelques jours, quelques gouttes de sang. L'état local au toucher et au spéculum est tel que nous l'avons laissé lors de son départ.

Il est certain que, dans ce cas, la paroi utérine était tellement amincie par le néoplasme qu'elle s'est rompue sous un très faible effort de l'instrument. C'est là un accident dont il faudra se méfier toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'un cancer utérin cervical remontant dans la cavité utérine, et qu'il s'agira d'un utérus mobile, sans adhérences néoplasiques ou autres avec les parties périphériques.

En résumé, le curettage, appliqué au traitement du cancer de l'utérus, et particulièrement de celui du col et de la cavité cervicale, est une bonne opération palliative ; elle sera anodine, dans presque tous les cas, si vous prenez les précautions que nous avons eu le soin de vous indiquer avant, pendant et après l'intervention.

REVUE GÉNÉRALE

MALADIES DES ENFANTS

La stomatite aphteuse

SON ÉTIOLOGIE, SA PROPHYLAXIE, SON TRAITEMENT

Bien qu'il ne faille pas tomber dans l'exagération des anciens et mettre sur le compte de la dentition toutes les affections qui coïncident avec cette évolution physiologique, on n'en doit pas moins reconnaître son influence sur les maladies de la bouche et sur les aphtes en particulier. Ainsi, sur 587 cas recueillis par A. Monti (1), 10 seulement concernent des enfants de moins de six mois, tandis que, de six à dix mois, il y a déjà 40 cas, et, du onzième mois à la fin de la deuxième année, 301 cas ; de plus, l'éruption peut parfois se localiser aux alentours des dents qui percent.

Mais si l'on admet aujourd'hui que la dentition joue un rôle dans le développement des aphtes, il faut reconnaître que ce rôle n'est que secondaire. Le rôle cardinal appartient aux germes multiples que renferme la cavité buccale et qui trouvent à ce moment, par suite de la légère inflammation que provoque l'éruption dentaire, de l'hypersécrétion salivaire, des résidus alimentaires que l'inexpérience de l'enfant laisse séjourner dans la bouche, un terrain tout préparé pour leur culture.

Il faut aussi mettre en ligne de compte la nature des aliments, comme le sucre, certains fromages, les fruits verts, les salaisons, les épices, les acides, les substances trop chaudes ou trop froides, ou certains médicaments, comme l'iode, l'arsenic, l'antimoine, le mercure, les sels de potasse.

Tous ces corps agissent soit comme irritants, soit comme favorisant la fermentation.

L'usage des nouets ou succédanés constitue donc une détestable habitude.

Monti cite aussi la chaleur atmosphérique ; plus élevé en juillet et août, le nombre des cas s'abaisse fortement en hiver.

Les irritations, les traumatismes, hochets, succion, peuvent être une cause d'appel, d'où leur présence sur la crête gingivale chez des nourrissons privés de dents (Magitot) (2).

La meilleure preuve de cette influence parasitaire est l'absence d'aphtes chez les enfants dont on tient la bouche aseptique et leur présence lors de carie tout à fait en dehors de la poussée dentaire. Au moment de la seconde et de la troisième dentition, l'aphte est rare ; l'enfant sait alors manger comme il faut.

Ce qui prouve encore, si besoin, que la dentition ne vient ajouter qu'un appoint aux conditions favorables à la maladie, c'est l'existence de cette dernière, quoique plus rare, à l'âge adulte, en particulier chez la femme, au moment des suites de couches et à la ménopause.

Les micro-organismes qui tiendraient sous leur dépendance l'éclosion des aphtes seraient, d'après Frænkel (3), le staphylococcus pyogènes citreus (Passet), et le flavus (Rosenbach) ; mais l'inoculation est à démontrer ; elle n'a pas réussi dans les mains de Monti, peut-être parce qu'il n'a pas préparé le terrain.

La contagion, niée par Bohn, se fait d'enfant à enfant, d'après Chaumier (4), soit directement, soit par

(1) *Zur Aetiologie und Pathogenese der Stomatitis aphtosa* (*Pædianische Arbeiten. Zeitschrift zu E. Henoch's 70 Geburtstag.* Hirschwald, 1890).

(2) *Gazette des Hôpitaux*, 24 novembre 1877.

(3) *Virchow's Archiv*, CXIII, Heft 3, 1888.

(4) *Gazette médicale de Paris*, 21 août 1886.

Digitized by Google

l'intermédiaire d'objets contaminés, d'où les petites épidémies de famille, comme en ont observées Taupin, Hénoch, Bazinsky et Monti. Elle se ferait même de la vache atteinte de fièvre aphteuse, par le lait crû, comme l'a indiqué, un des premiers, Amyant (1).

La stomatite aphteuse n'est pas toujours primitive; elle peut apparaître secondairement, comme infection surajoutée, mais locale, soit à des maladies locales, comme le muguet, surtout chez les enfants d'un certain âge; les nouveau-nés présentent plutôt les aphtes de Bednar, les enfants plus grands, la stomatite ulcéro-membraneuse.

Elle peut s'observer au cours de la rougeole, de la scarlatine, de la variole, de la varicelle, de la diphtérie, de la fièvre typhoïde, parfois au début ou à la convalescence. Ici, les conditions de développement sont multiples. On la voit de même dans l'angine folliculaire, la laryngite, la bronchite, la pneumonie.

Les récidives, niées par Bohn, ont été observées par Henoch et Monti deux et trois fois dans une même année, chez le même enfant.

Les conditions pathogéniques ont été résumées sous les quatre chefs suivants par Monti :

1° Séjour prolongé de substances organiques dans la bouche;

2° Modification de la sécrétion et de la température buccales;

3° Décomposition des substances organiques;

4° Développement d'un agent pathogène.

On peut ramener la conception pathogénique à sa plus simple expression, en disant que la maladie est sous la dépendance de deux causes principales : 1° la préparation du terrain de culture favorable; 2° l'inoculation de germes pathogènes. C'est guidé par ces notions que nous pourrons instituer un traitement vraiment rationnel et une prophylaxie toute puissante.

Pour cette prophylaxie nous devons avoir en vue, en même temps, le terrain et les parasites.

Nous ne devons pas considérer la bouche comme une partie de notre individu dont la toilette doive être considérée comme un fait de pure coquetterie; et si le fait a son importance chez l'adulte il l'a encore plus chez le jeune enfant, dont on devra tenir la muqueuse buccale dans un parfait état de propreté, à l'aide de nettoyages, de lavages, faits, après chaque prise d'aliments, avec de l'eau préalablement filtrée et bouillie, soit pure, soit additionnée d'un peu d'eau de Cologne, d'eau de Botot, soit même avec des solutions antiseptiques légères, analogues à celle indiquée par A. Monti :

Acide borique	3 gr.
Teinture de myrrhe	2 —
Eau	200 —

Ou bien encore le mélange suivant :

Acide phénique	1 gr.
Acide borique	25 —
Thymol	0 gr.5
Essence de menthe poivrée	XX gouttes
Teinture d'anis	10 gr.
Eau	1.000 —

Le choix de l'antiseptique dépend de deux conditions : 1° n'être pas irritant pour les muqueuses; 2° n'être pas toxique. La première condition existe aussi bien pour l'adulte que pour l'enfant; mais la seconde est formelle chez ce dernier, qui pourrait avaler le gargarisme malgré les recommandations.

Ces lavages remplissent à la fois les deux indications puisqu'ils balaient et les détritus alimentaires et les parasites.

Il faut aussi veiller à ce que l'enfant, qui y est naturellement porté, n'introduise pas toutes sortes d'objets dans sa bouche; les hochets, les nouets seront frappés du même ostracisme.

Les substances alimentaires facilement fermentescibles, sucre, viande seront prohibées. C'est pour cette raison qu'on évitera de donner comme médicaments, des sirop, du miel. En suivant ces principes, on se mettra dans de bonnes conditions pour ne pas préparer le terrain aux germes.

Au moment de la première dentition, souvent abandonnée à elle-même, on redoublera de soins; outre les lavages de la bouche, on brossera doucement les dents avec un linge ou une brosse molle chargée de poudre dentrifice, comme la suivante :

Carbonate de magnésie	5 grammes
Craie préparée }	
Salicylate de soude }	ãã 15 —
Essence de menthe	VI gouttes

On veillera à ce que l'éruption dentaire ne provoque pas une réaction trop intense.

Ayant empêché dans la mesure du possible le terrain de devenir favorable à la culture microbienne, nous devons essayer de nous opposer à l'introduction des germes du dehors apportés, dans la bouche, par les aliments et les objets.

Si l'enfant se nourrit au sein, s'il prend son lait au pis d'un animal, on devra, avant chaque tétée, nettoyer le sein ou le pis.

Si l'enfant est soumis à l'allaitement artificiel, il faudra assurer l'asepsie parfaite du biberon et celle du lait de vache employé, dans lequel M. Miquel a montré qu'on comptait, en moyenne, dans les conditions ordinaires, une heure après la traite, 9,500,000 bactéries par litre et, au bout de 25 heures, 6,300,000,000. Il est vrai que ce nombre relativement colossal s'applique surtout à des organismes non pathogènes; mais il suffit de quelques germes pour rendre le lait dangereux: or, nous avons vu entre autres maladies que la fièvre aphteuse de la vache pouvait se transmettre à l'homme par le lait; cette raison, jointe à bien d'autres, doit nous engager à *stériliser* le lait, comme nous avons fait du biberon et des autres ustensiles qui doivent recevoir l'aliment.

(1) Th. David, La stomatite aphteuse et son origine (*Archives générales de médecine*, septembre et octobre 1887); — A. Labat (*Revue médicale de Toulouse*, 1890, n°s 3 et 4).

(1) Voir Diœtetik ersten Dentition (*Allgemeine medizinische Zeitung*, 1888, n° 485; et *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1891, n° 1).

Digitized by Google

Ainsi armés, nous pourrons bien souvent éviter la maladie; mais souvent aussi on n'est pas consulté à temps, les parents négligent des soins qui ne leur semblent pas urgents, puisque l'enfant est bien portant, ou bien une réaction intense produite par une poussée dentaire amène une évolution rapide.

Dans ce cas, nous pouvons encore tenter le traitement abortif à l'aide de cautérisations au crayon de nitrate d'argent, qui agissent à la fois comme modificatrices de l'inflammation, mais aussi comme parasiticides.

Si le traitement abortif échoue, il faut soigner l'érosion par des topiques qui facilite l'élimination de son revêtement pultacé et sa cicatrisation. On y parvient à l'aide de gargarismes au chlorate de potasse, à l'aide de gargarismes antiseptiques et par l'application de poudres antiseptiques, iodoforme, aristol, etc.

A côté de ces indications du traitement curatif, peut survenir quelque indication symptomatique comme celle de calmer la douleur; ce qu'on obtient par l'attouchement avec une solution de cocaïne.

Même lorsqu'ils sont très abondants, les aphtes ne constituent pas une affection grave; tout au plus pourront-ils compromettre exceptionnellement l'existence chez les tout jeunes enfants, par l'inanition consécutive à l'entrave apportée à la succion; cependant Billard (1) et M. Bouchut (2) ont apporté quelques faits dans lesquels la gangrène compliqua la maladie et la résorption des produits de putréfaction amena la mort; l'infection, au lieu de se limiter en surface, se fit en profondeur. Dans une pareille éventualité, à côté des points précédents du traitement, une nouvelle indication thérapeutique surgit, indication capitale : celle de combattre l'état infectieux.

Dr H. Gillet.

LE DIAGNOSTIC DES MALADIES

I. *Le rhumatisme musculaire; son diagnostic.* — II. *Rhumatisme infectieux, rhumatisme scarlatineux et pseudo-rhumatismes infectieux, leur diagnostic.*

I. **Le rhumatisme musculaire : son diagnostic.** — On éprouve quelque embarras, tout le monde en convient, pour donner une définition pathogénique du rhumatisme musculaire. N'éprouve-t-on point, d'ailleurs, M. Potain le disait récemment dans l'une de ses savantes leçons, un semblable embarras dans la plupart des cas où l'on doit se prononcer sur la nature rhumatismale d'une maladie ?

Des douleurs exclusivement musculaires, myalgies, indépendantes des mouvements et plus ou moins localisées, — point d'arthropathies, — une fièvre légère; avec ces signes et, au besoin, par élimination, le diagnostic symptomatique s'impose et, sans trop hésiter, on inscrit sur le dossier du malade, les mots : rhumatisme musculaire, myodynie ou myalgie rhumatismale. C'est un diagnostic.

Le diagnostic pathogénique n'en demeure pas moins douteux. Toutefois, cette opinion possède encore de nombreux partisans, on disait avec Roche et Cruveilher : c'est un rhumatisme nerveux. Aujourd'hui, on admettrait assez volontiers l'intervention d'un agent infectieux, si toutefois — hypothèse, à coup sûr, séduisante, rationnelle même, mais hélas ! contestable, — l'existence, et le mode d'action de cet agent pathogène étaient nettement et expérimentalement établis.

La théorie étant trop affirmative; l'expérimentation ne l'étant point assez; il faut passer outre; et, en pratique, s'en tenir aux faits cliniques.

Que démontrent-ils ? Que aigu ou chronique, localisé ou non, le rhumatisme musculaire peut exister isolément sans nulle autre manifestation antérieure ou actuelle de la diathèse rhumatismale et qu'il peut aussi précéder, accompagner ou suivre les autres localisations articulaires de cette dernière. De là, pour la facilité du diagnostic, l'opportunité, en présence d'un cas de rhumatisme musculaire, de se poser la question suivante : s'agit-il d'un *myo-rhumatisme isolé*, ou bien d'une *myopathie rhumatismale*, accompagnant des arthropathies de même nature ou alternant avec elles ?

Ici point d'hésitation : un torticolis, une pleurodynie ou toute autre forme de rhumatisme musculaire survient pendant une attaque de rhumatisme articulaire aiguë. Point d'arthropathies vertébrales, point de lésions viscérales, et on se dit : c'est du rhumatisme. La localisation musculaire alterne-t-elle avec une arthropathie actuellement éteinte? Même raisonnement; le rhumatisme est une maladie d'un genre ubiquitaire et tenace. Hier le malade était rhumatisant par ses jointures; aujourd'hui, le voilà rhumatisant par ses muscles. Rien de plus, rien de moins; sans grand effort d'interprétation, on établit un rapport entre ce rhumatisme musculaire, quelle que soit sa localisation, et le rhumatisme articulaire antérieur ou contemporain.

Là, un diagnostic paraît moins aisé. Peu ou pas d'antécédents; point de manifestations rhumatismales actuelles sur d'autres tissus; le myo-rhumatisme existe seul. Il siège — son siège est variable — sur l'épicrâne, le deltoïde, les muscles du cou, aux lombes, ou ailleurs. Il est limité à une masse musculaire ou généralisé à plusieurs; peu importe, la myalgie seule le révèle. Cette douleur est diffuse et peu intense. Elle peut s'accompagner d'un état fébrile; d'ordinaire, c'est une fièvre modérée. Comment établir le diagnostic différentiel? Distinguons, comme on disait dans l'ancienne école.

Confondra-t-on le *rhumatisme musculaire apyrétique* avec la douleur de la névralgie, une viscéralgie par localisation du rhumatisme sur une séreuse, ou une myalgie toxique comme celle des saturnins? Dans l'espèce, la douleur est le symptôme cardinal; c'est lui qu'il faut analyser, et, en fait, le diagnostic de cette forme du rhumatisme musculaire n'est qu'un cas particulier du diagnostic de la douleur en général.

Les douleurs sont intenses et les troubles fonctionnels manifestes dans la viscéralgie. La modération de celle-ci et l'absence de ceux-là caractérisent le myo-rhumatisme.

Une myalgie toxique s'accompagne d'autres signes

(1) *Maladies des enfants*, 1837.
(2) *Gazette des hôpitaux*, 1877.

Digitized by Google

dénonciateurs de l'empoisonnement plombique ou autre. Reconnaître ceux-ci, c'est dépister celle-là.

Et la douleur des névralgies? Les auteurs en énumèrent suffisamment les caractères : localisation sur le trajet des nerfs; exagération par la pression dans certains points; enfin, atténuation par les mouvements fonctionnels. Au lieu de cela, dans le rhumatisme musculaire, une douleur diffuse, et, de plus, une sensibilité exagérée par la pression au niveau des insertions musculaires, ou par l'exercice musculaire.

Hésitera-t-on entre le rhumatisme *musculaire avec fièvre* et les myalgies fébriles du début des maladies infectieuses, de celles de la grippe, des exanthèmes, de la courbature fébrile, des états de fatigue (1) dont j'ai déjà parlé à cette place, ou bienencore de la mélalgie d'une fièvre herpétique ?

Tout cela est classique. Inutile d'insister, sinon pour se rappeler que, à côté des *myosites* et des *amyotrophies péri-articulaires* consécutives au rhumatisme, il y a un myo-rhumatisme, que le myo-rhumatisme peut être aigu ou chronique, et que, si le premier est justiciable du traitement du rhumatisme articulaire aigu par le salicylate de soude et ses succédanés, le second, comme le rhumatisme articulaire chronique, cède plutôt à la révulsion sous ses formes variées (pointes de feu, vésication, irritations cutanées par le chlorure de méthyle ou le chloroforme), à l'électricité, etc., etc.

Naturam morborum ostendunt curationes. A défaut d'autres moyens de diagnostic, la thérapeutique viendrait donc, au besoin, ici encore, suivant le banal adage hippocratique, au secours de la clinique.

II. **Rhumatisme infectieux, rhumatisme scarlatineux et pseudo-rhumatismes infectieux. Leur diagnostic.** — Quelques cliniciens déclarent, en manière d'aphorisme, que « le rhumatisme n'aime point le pus ».

En effet, il existe comme cela des opinions vulgaires que l'on accepte volontiers et dont on fait des aphorismes.

Si celui-ci était exact, il faudrait donc admettre que la suppuration survenant au cours d'une poussée de rhumatisme est due à une infection concomittante et non à la diathèse rhumatismale. Il faudrait admettre aussi, conclusion conforme aux prémisses, que tous les cas de rhumatisme avec suppuration sont des cas de pseudo-rhumatisme. Bref, il faudrait déclarer, comme M. Bourcy l'a fait en 1888 dans sa thèse inaugurale, que les observations classiques quoique assez rares, de rhumatisme aigu suppuré, sont des observations de pseudo-rhumatisme infectieux.

Une conclusion en amène donc une autre! Est-ce là question de mots ou d'erreur dans le diagnostic?

Aux faits cliniques de répondre. En voici un que j'emprunte, en le résumant, à un observateur justement estimé, M. le Dr Brossard, professeur à l'Ecole de médecine de Poitiers.

Un soldat de 24 ans entre à l'Hôtel-Dieu de cette ville avec un bulletin portant la mention : rhumatisme articulaire aigu. Cette attaque rhumatismale, la deuxième dont il est atteint, est localisée pendant deux jours sur l'articulation tibio-tarsienne, de droite d'abord, de gauche ensuite.

Une éruption cutanée, généralisée et à l'aspect scarlatiniforme se manifeste deux jours après. Elle est fugace; dure quelques heures. En même temps : langue d'aspect muriforme, un peu de toux, rien à l'auscultation.

S'agit-il d'une infection scarlatineuse avec fluxions articulaires et rhumatisme scarlatineux ? S'agit-il d'une infection rhumatismale avec rash scarlatiniforme ? On isole le malade ? Dans l'indécision, on ne pouvait mieux faire; l'évolution de la maladie permettra de préciser le diagnostic.

Le lendemain : persistance des *localisations articulaires*, élévation thermique (40°6), état typhoïde. Le surlendemain le thermomètre marque 39° seulement. Ses variations s'expliquent, il s'est produit à droite une *pleurésie avec épanchement.*

Trois jours s'écoulent; par l'auscultation, on entend un souffle doux au premier temps et à la pointe du cœur. Après la fluxion articulaire et la pleurésie, des signes d'*endocardite.* L'évolution morbide se poursuit.

Le lendemain, il y avait des symptômes méningitiques, et on pense au *rhumatisme cérébral.*

Puis, manifestations d'une autre nature, il se forme une collection purulente autour de la malléole externe du pied droit, une lymphangite du bras droit, un abcès probable au niveau du poignet droit; le malade meurt, on trouve du pus dans les articulations sterno-claviculaires et sous l'endocarde vers la base des valvules aortiques.

Quelle que soit l'interprétation que l'on adopte, voilà donc des accidents infectieux indéniables. De quelle nature sont-ils?

D'origine scarlatineuse? Les complications articulaires de la scarlatine aboutissent assez souvent, on le sait bien depuis Garrod, à la suppuration. Dans l'affirmative, cela va sans le dire, il y aurait à justifier le diagnostic de scarlatine.

On a noté une éruption : c'est vrai, mais cette éruption a été fugace et mal définie. C'était, répondra-t-on, interprétation vraiment très aisée, l'exanthème d'une scarlatine fruste. Mais alors, avec non moins de vraisemblance, je pourrais répondre : d'ordinaire, — c'est plus classique — même dans le cours d'une scarlatine fruste, le rhumatisme se manifeste au déclin de la maladie. Il *suit* l'éruption, il ne la précède point.

Autre remarque: le rhumatisme affecte plus volontiers le poignet que les autres articulations. L'arthrite du poignet est l'arthrite de choix de la scarlatine.

Chez le malade observé par M. Brossard, le rhumatisme affectait les articulations tibio-tarsiennes. Il avait ses habituelles tendances ubiquitaires.

Enfin, autre indication diagnostique motivée par la succession chronologique des manifestations morbides. Au début, des localisations articulaires; après elles, un exanthème passager ; plus tard les localisations viscéra-

(1) Ch. Eloy : Les états typhoïdiques de fatigue. (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1888). p. 715. Le diagnostic et le traitement des courbatures (*Eodem loco*, 1888, p. 811 et *Union méd.*, 1884, n° 75)r

Digitized by Google

les et les suppurations. Cette série d'actes morbides démontre une infection; elle n'établit pas cependant que cette infection était nécessairement celle de la scarlatine. Autre objection : ce processus morbide ne doit il pas prendre place dans le groupe des pseudo-rhumatismes infectieux? Eh bien : non.

On admettrait le pseudo-rhumatisme si les antécédents rhumatismaux du malade étaient douteux. Ils sont indéniables et deux années auparavant, il a été atteint de douleurs articulaires; quiconque a souffert d'une attaque de rhumatisme aigu n'est-il pas, nul ne l'ignore, en imminence d'autres accès? C'est un *rhumatisant*. De plus c'est un *surmené*. Il vient d'arriver au régiment, il n'est pas aguerri aux fatigues de la vie militaire. Le surmenage physique, il est banal de le répéter, ne passe-t-il pas à bon droit pour une condition favorable ou développement des infections? (1)

Les avocats de la doctrine des pseudo-rhumatismes infectieux expliquent, je le sais bien, ces suppurations multiples par une infection générale, inconnue, répondent-ils. Soit. En appeler encore au mystère est, en vérité, commode. Pourquoi, en bonne et simple raison, ne pas s'en tenir aux faits, à l'observation, à la succession des manifestations morbides, aux notions fournies par les antécédents du malade et aux conditions pathologiques dont l'ensemble constitue ce que nos anciens appelaient, si volontiers, la diathèse rhumatismale?

Après tout, qu'il s'agisse d'infection rhumatismale, d'infection scarlatineuse ou de pseudo-rhumatismes infectieux, il est clinique d'admettre, avec M. Bouchard, que l'agent pathogène quel qu'il soit, monade rhumatique de Klebs ou autre, exige pour son developpement un organisme déjà modifié par des troubles de la nutrition. Le surmenage appartient à la catégorie de ces causes modificatrices. C'est dire que dans le rhumatisme comme dans les autres états morbides avec ralentissement de la nutrition, la violence de l'infection a pour mesure l'intensité et la profondeur de ces troubles atrophiques. Rien de plus, rien de moins; aller au-delà, serait s'aventurer sur le terrain mouvant des hypothèses; rester en decà, c'est s'exposer sous la rubrique des pseudo-rhumatismes infectieux, à commettre une erreur de diagnostic.

CH. ELOY.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

CHIRURGIE

Traitement du pied-bot varus équin, par M. MARLIER. — Notre confrère cite une observation de varus-équin, guérie par le procédé de Phelps (de New-York). (*Bull. med. des Vosges*, janvier 1891, p. 43.)

Il en conclut que les déformations osseuses prononcées dans les pieds-bots congénitaux ou acquis de l'enfance, n'impliquent nullement la nécessité d'une résection du tarse, totale ou partielle. Les ténotomies multiples aidées du massage, de l'électrisation musculaire, et d'un traitement orthopédique convenable sont susceptibles de fournir d'excellents résultats.

Quel est l'âge au-delà duquel ce traitement doit céder le pas aux opérations sur le squelette? Son opéré avait 9 ans, et l'âge de 7 ans est généralement indiqué comme dernière limite de la ténotomie.

En présence d'un nouveau cas semblable, et après le traitement simple, il conseille l'opération de Phelps, de préférence à la tarsectomie, à l'extirpation de l'astragale ou à la tarsotomie. Celle-ci consiste à faire la section, à ciel ouvert, de toutes les parties molles s'opposant au redressement. Grâce à elle, des succès ont été obtenus dans des cas où les différentes opérations sur les os avaient échoué.

Elle paraît devoir les remplacer à l'avenir, ou, tout au moins, les réduire à l'état de procédés d'exception, applicables seulement à des difformités très prononcées, telles, par exemple, que les pieds-bots invétérés des adultes. S. R.

Un cas de résection du foie, par M. JOGLIANI. — Une femme de 23 ans entrait dans le service de M. Tansini, de Modène, pour une tumeur douloureuse et volumineuse de la région épigastrique. On résolut la laparotomie (*Gaz. degli ospitali*, 21 janvier 1891).

Il s'agissait d'un kyste hydatique, on l'énucléa en disséquant à travers le parenchyme hépatique. On lia les principaux vaisseaux et on ferma la plaie hépatique par deux séries de sutures alternantes au catgut et à la soie. Un mois après, la guérison était absolue, et cette opération ne provoqua aucun trouble fonctionnel. S. R.

THÉRAPEUTIQUE

Du traitement de la diarrhée chronique par le massage, par M. SIMONS ECCLES. — Ce traitement n'agit pas seulement à titre de modificateur général de la nutrition, il a, d'après l'auteur, les effets suivants (*The Practionnec*, janvier 1891, p. 15).

Sous son influence, on constaterait la diminution des gaz intestinaux et leur expulsion; la stimulation des mouvements gastro-intestinaux; l'accroissement de l'activité circulatoire dans l'abdomen, l'augmentation de l'absorption par la muqueuse intestinale; enfin, par une augmentation des fonctions hépatiques, la destruction des toxines. A ce point de vue, on devrait donc considérer le massage abdominal, dans la diarrhée, comme l'une des ressources de la médication antiseptique. S. R.

Du salol dans la pneumonie, par M. G.-H. BOSLEY. — L'auteur publie trois observations dans lesquelles il a fait usage de ce médicament pour diminuer l'hyperthermie et réaliser l'antisepsie.

Dans ces trois cas il prescrivit le salol à la dose réfractée de cinquante centigrammes, de deux en deux heures, à dater du jour où l'hépatisation pulmonaire était manifeste. Dès le lendemain, on constata une diminution de la température, des battements du pouls et du nombre des respirations. La perméabilité pulmonaire fut notée et, rapidement, avec les râles de retour, la résolution suivit (*The N.-Y. med. journal*, 31 janvier, 1891, p. 126).

Il faut ajouter que, simultanément, fait de nature à modifier les conclusions favorables au salol et à son rôle thérapeutique, on administrait de la quinine et de l'alcool. Néanmoins, c'est une médication à mettre à l'essai, d'autant plus que l'arsenal thérapeutique est pauvre en médicaments à la fois antiseptiques et antithermiques, efficaces contre cette affection. S. R.

Traitement des gommes syphilitiques des amygdales, par M. M. NATIER. — Le *traitement interne* doit être mixte, et l'auteur conseille de faire prendre quotidiennement, à l'ins-

(1) Voir : *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1888, p. 812.

Digitized by Google

tar de Vidal et de Ricord, quatre à six cuillerées à soupe du sirop suivant :

Sirop de quinquina....	450 grammes.
Eau distillée.....	50 —
Iodure de potassium...	15 —
Bi-iodure d'hydrargyre.	0 gr. 15

On administrera au besoin, comme toniques : le café, l'iodure de fer, etc. *(Annales de la policlinique de Paris*, 5 janvier 1891.)

Le *traitement local* consiste à modifier les ulcérations avec un tampon d'ouate antiseptique pour déterger la plaie et ensuite avec un tampon trempé dans la solution de nitrate d'argent au 10e, de teinture d'iode pure ou de nitrate acide de mercure au 30e. On peut faire précéder le pansement par des attouchements avec la cocaïne.

Si la muqueuse est très sensible, on peut pratiquer des pulvérisations avec la solution suivante, à plusieurs reprises dans la journée et en faisant durer chacune d'elles pendant dix minutes :

Bromure de potassium.....	4 à 6 grammes
Hydrochlorate de cocaïne..	0 gr. 50
Eau de laurier-cerise.....	30 grammes
Eau.....	320 —

Des pulvérisations antiseptiques sont aussi utiles.

S. R.

REVUE DES LIVRES

Œuvres complètes de J.-M. Charcot, t. IX. — (Paris 1890, Lecrosnier et Babé).

Notre très estimé confrère Bourneville continue cette importante publication, dont l'achèvement si désirable permettra mieux de mesurer l'œuvre scientifique immense du chef éminent de l'Ecole neuropathologique moderne.

Ce volume comprend trois parties. La première a pour objet les maladies de l'encéphale et en particulier l'*hémorragie* et le *ramollissement du cerveau*. On y retrouve les recherches intéressantes de l'anatomo-pathologiste et du clinicien sur la pathogénie de l'hémorragie cérébrale : c'est tout dire. De plus, on y relit avec profit les mémoires du savant observateur sur les *arthropathies dépendantes de lésions cérébrales ou médullaires*.

La seconde partie traite de la *métalloscopie*, de la *métallothérapie* et de l'*hypnotisme*. On sait avec quelle indépendance d'esprit M. Charcot a, sans crainte des appréhensions injustifiables d'esprits pusillanimes, abordé l'étude de ces questions scabreuses. Se tenant également éloigné du scepticisme et d'une crédulité plus fâcheuse encore, il a voulu, et, ce qui vaut mieux, il a su orienter ces études suivant une méthode réellement et sagement scientifique. La fécondité des résultats obtenus me dispense d'insister; sinon pour recommander aux esprits impartiaux la lecture de ces mémoires, où ils pourront, par une sorte de filiation des idées, retrouver l'évolution successive des doctrines fécondes défendues par le médecin de la Salpêtrière. Par leur ensemble, elles constituent — à quoi bon répéter ce que nul n'ignore — l'étude physiologique la plus complète de l'hystérie et de ses manifestations : *catalepsie, contractures, hystéro-épilepsie provoquée, hypnotisme, excitabilité neuro-musculaire, automatisme, dangers des représentations publiques des magnétiseurs*, etc., etc.

La troisième partie, plus brève que les autres, est relative à l'*emploi de l'électricité atique en médecine*. Ici, encore —, ne le sait-on pas ? — M. Charcot a fait œuvre, non pas d'initiateur, car la franklinisation n'est pas une application thérapeutique nouvelle, mais de législateur, en déterminant d'après la physiologie et la clinique, des lois d'après lesquelles cette médication rend d'incontestables services en neuro-pathologie.

Ainsi, d'année en année, avec la plus heureuse persévérance, mais trop lentement au gré du lecteur avide de s'inspirer d'un maître universellement estimé, M. Bourneville poursuit l'édification de cette œuvre immense.

Des critiques mal avisés, — il y en a toujours, — ont voulu considérer cet édifice comme un monument élevé à l'Ecole de la Salpêtrière. Quelle erreur! C'est un monument à la gloire de la science française. En rendant hommage à M. Charcot d'abord, à M. Bourneville ensuite, c'est faire acte, non seulement d'équité, mais encore de patriotisme.

CH. ELOY.

Note sur la fièvre intermittente des enfants à Paris, par M. le Dr E. PERIER (J. Baillière, 1891).

Cette petite, mais très intéressante brochure, fait connaître des cas d'intoxication palustre dus à la présence, dans un jardin public, d'un véritable petit marais. Les impaludés étaient de petits enfants, hôtes habituels de ce jardin.

On voit donc tout l'intérêt nosologique et clinique de ces observations. Cela suffit pour en recommander la lecture et pour justifier les conclusions, faciles à soupçonner, que très sagement notre confrère distingué est conduit à formuler.

CH. E.

A text-book of practical therapeutics (*With special reference to the application of Remedial measures to Disease*), par M. le Dr H.-A. HARE, professeur de maladies des enfants à l'Université de Pensylvanie (Philadelphie, 1890, Led).

Ce livre est rédigé dans un but et un esprit réellement pratiques, à l'effet de diriger les médecins et les étudiants dans l'étude de la thérapeutique.

Au lieu de se borner à une énumération des propriétés diverses des remèdes, notre savant confrère américain a voulu inspirer au lecteur le choix de médications les plus rationnelles à son avis. C'est une idée féconde.

Après cela, on doit se montrer indulgent sur quelques lacunes et quelques erreurs, faciles à rectifier d'ailleurs, mais difficiles, à l'auteur le plus soigneux, d'éviter dans le cours d'une œuvre aussi considérable.

Ajoutons que l'ordonnance du livre est excellente et permet aux recherches d'aboutir sans pertes de temps. C'est un avantage que l'on saura bien apprécier.

C. E.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

Une question de propriété littéraire et scientifique

La Science, aujourd'hui, emploie des moyens de vulgarisation inconnus ou, tout au moins, inusités autrefois

Elle se manifeste surtout par la voie des journaux, des publications mensuelles, hebdomadaires ou quotidiennes, des revues dirigées par des écrivains consciencieux, qui, dans des articles savants, raisonnés, essaient de mettre leurs connaissances à la portée de tous, et de répandre partout la lumière.

La médecine n'est pas restée en deçà de ce progrès. De nombreuses revues ont été fondées par des savants qui résument chaque semaine leurs souvenirs de thérapeutique, expliquent leur médication et donnent même la clef et les formules des traitements par eux employés. C'est un service immense rendu à l'humanité qui bénéficie ainsi des travaux, des recherches, des découvertes opérées dans l'art de guérir.

Digitized by Google

Mais encore faudrait-il que ces écrivains, ces travailleurs infatigables passant du lit du malade à la table du journaliste, conservent pour ces travaux leur droit de propriété; qu'ils ne soient pas exposés à des reproductions, à des copies, à des plagiats qui ne sont en réalité que des larcins littéraires et scientifiques.

Qu'un article de journal s'adresse aux nécessités politiques, ou aux besoins thérapeutiques, il a le droit d'être protégé contre toute spoliation.

Il ne saurait être permis de découper telle ou telle partie d'une étude de faits cliniques, d'un compte-rendu critique de travaux académiques et de le reproduire dans un journal, en une revue, sans citer le nom de l'auteur qui l'a signé, celui du journal qui l'a publié.

Cependant, depuis quelque temps, on nous signale que certaines feuilles périodiques copient textuellement des passages entiers d'études médicales ou scientifiques, se les appropient complètement sans en révéler la source et les servent à leurs lecteurs comme leur œuvre personnelle.

Quelques savants se sont émus de ces procédés; des menaces de procès ont été lancées de divers côtés. Nous croyons rendre service à la presse médicale en rappelant quelles sont les règles d'équité, de législation et de jurisprudence qui s'appliquent à ces intéressantes questions.

Les règles d'équité ! Elles sont au fond du cœur et dans la conscience de tous les honnêtes gens. Elles se résument en ce simple mot: respect du bien d'autrui. N'existerait-il aucun texte de loi formel, le premier devoir de tout littérateur transcrivant un article ou une page d'un ouvrage cité, est de renvoyer aux origines et de déclarer la source où est puisé le passage. Mais en dehors et à côté des règles de la conscience, la loi protectrice existe, c'est la loi unique, fondamentale, constitutive de la propriété littéraire dont elle est la sauvegarde; la loi du 24 juillet 1793. Celle-ci est applicable à tout écrit, à toute manifestation de la pensée, à tout article de journal et de revue, à la condition que certaines formalités aient été remplies.

Il n'est pas inutile de rappeler les principaux textes de cette importante partie de notre législation :

Loi du 24 juillet 1793. — Art Ier. Les auteurs d'écrits en tous genre..... jouiront, durant leur vie entière, du droit exclusif de vendre, faire vendre, distribuer leurs ouvrages dans le territoire de la République et d'en céder la propriété en tout ou en partie. — Art. III. Les officiers de paix seront tenus de faire confisquer à la réquisition et au profit des auteurs, leurs héritiers ou cessionnaires tous les exemplaires des éditions imprimées sans la permission formelle et par écrit des auteurs. — Art. IV. Tout contre facteur sera tenu de payer au véritable propriétaire une somme équivalente au prix de 500 exemplaires de l'édition originale. — Art. VI. Tout citoyen qui mettra au jour un ouvrage de littérature, *dans quelque genre que cela soit*, sera obligé d'en déposer deux exemplaires à la bibliothèque nationale dont il recevra un reçu par le bibliothécaire, faute de quoi il ne pourra être admis en justice pour la poursuite des contrefacteurs.

On voit qu'à la condition du dépôt exigé par l'article VI, tout écrit, de quelque nature qu'il soit, est une propriété privée dont nul ne peut disposer sans la permission de l'auteur et du véritable propriétaire.

A plusieurs reprises, les tribunaux ont été saisis de questions relatives à des plagiats de journal à journal, à des emprunts de mauvaise foi, sans citation du nom de l'auteur et de la presse, et chaque fois les plagiaires ont été sévèrement punis comme contrefacteurs, aussi bien au point de vue pénal qu'à celui des réparations civiles.

Nous n'en citerons que deux exemples, mais les recueils de jurisprudence en sont remplis.

Affaire du Picrate contre la « Gazette littéraire ». — (Arrêt du 21 juillet 1830, Cour de Paris). — La Cour. — Considérant que l'article 425 du code pénal répute contrefaçon toute édition d'écrits imprimés au mépris des lois et règlements sur la propriété littéraire.

Considérant que la loi du 19 juillet 1793 assure aux auteurs d'écrits en tout genre ou à leurs concessionnaires le droit exclusif de publier leurs ouvrages à la charge par eux de déposer deux exemplaires à la direction de la librairie.

Considérant que l'éditeur du journal le *Picrate* a rempli les dites formalités. Que dès lors il y a eu contrefaçon.

Condamne le défendeur à l'amende et à 500 francs de dommages et intérêts.

Deuxième affaire. — *« Journal constitutionnel » contre Boulé*. — Arrêt de la cour de Paris, 1836. — Considérant que celui qui reproduit textuellement dans un journal les articles d'un autre journal et notamment des articles de fonds politiques et littéraires cause à celui-ci un préjudice. Que ce préjudice est d'autant plus grave que cette reproduction est plus fréquente et plus rapprochée. Condamne le défendeur à payer 1500 francs à titre de dommages et intérêts.

Nous ne saurions mieux terminer cette rapide étude qu'en reproduisant un passage du beau livre de mon confrère Me Pouillet sur la propriété littéraire (1).

Voici comment il s'exprime en parlant du plagiat des journaux.

« Il arrive fréquemment que les journaux s'empruntent sans scrupule des articles les uns aux autres, et souvent sans même citer la source à laquelle ils puisent.

« Cette pratique est absolument blâmable. Les articles de journaux constituent, en effet, des écrits dans le sens de la loi, et la propriété en appartient, soit à l'auteur, soit au journal, suivant la nature des conventions qui les unissent; cela ne saurait faire la moindre difficulté. »

(Voir : Cour de Cassation, 29 octobre 1830. Affaire Petetin Dalloz, volume 31, première partie, page 2. Paris, 25 novembre 1836. Dalloz, volume 37, deuxième partie, page 13).

« Sans doute, dit très justement Gastambide, dans l'intérêt de la presse quotidienne il faut que chaque journal ait le droit de commenter et discuter les articles publiés dans telle ou telle feuille et par conséquent d'en rappeler la substance; mais il faut circonscrire cette liberté dans les limites d'une polémique nécessaire » De même, Paillard, avocat général, dans un procès plaidé à Rouen (voir Dalloz, volume 40, deuxième partie, page 55), disait : « S'il était une fois admis que la presse périodique est en dehors des règles de la propriété littéraire, il faudrait aller jusqu'aux dernières conséquences et tout recueil hebdomadaire ou mensuel serait mis au pillage. » Il faut donc s'incliner devant

(1) Pouillet. De la propriété littéraire, art. 515.

Digitized by Google

l'autorité et la compétence de Me Pouillet en cette matière et pour nous résumer nous pensons qu'il est bon de rappeler à ceux qui voudraient citer les articles d'un *journal quelconque*, qu'il est indispensable, non seulement de révéler le nom de l'auteur, mais encore d'indiquer le numéro du journal où ces articles auront paru, sinon ils tomberaient sous l'application de la loi de 1793 et pourraient être poursuivis comme contrefacteurs.

PAUL MOYSEN,
Avocat à la Cour d'appel de Paris.

TRAVAUX ORIGINAUX

Un cas d'épilepsie procursive

par M. le Dr MILTON CRENDIROPOULOS (de Smyrne)

Jean D... âgé de 15 ans, vient nous consulter pour une affection dont il souffre depuis trois mois environ.

Antécédents héréditaires. — Son père, après des revers de fortune, est devenu excessivement nerveux et s'est addonné aux excès alcooliques. Pas de syphilis. Le grand-père paternel mort de vieillesse, la grand-mère asthmatique, les oncles paternels bien portants. Sa mère est nerveuse. Le grand-père est mort d'une maladie aiguë, la grand-mère d'un cancer au sein ainsi qu'une tante maternelle. Six de ses frères sont morts en bas âge de rachitisme ou de diphtérie, une de ses sœurs a des attaques manifestement hystériques.

Antécédents personnels. — Après une coqueluche, il a présenté, à l'âge de quatre ans, des convulsions qui lui ont duré pendant deux ans. A neuf ans il a souffert de fièvres intermittantes pendant treize mois, et quatre ans après, d'une bronchite dont il n'a pas encore pu se débarrasser complètement.

Vers la fin décembre de l'année 1888, il a commencé à devenir inquiet et irascible ; en même temps il avait des accès de toux convulsive pendant lesquels la tête tournait à gauche et avait des mouvements assez étendus de bas en haut. Peu après les attaques franches se déclarèrent. Elle s'annonçaient par cette même toux ou par une sorte de cri prolongé ressemblant à s'y méprendre à l'aboiement d'un jeune chien. Il sentait quelque chose comme des bouffées de chaleur, qui lui montaient de l'épigastre, lui étreignaient la gorge et l'étouffaient ; ses yeux voyaient troubles, il avait des bourdonnements dans les oreilles et il perdait connaissance. Alors sa face devenait rouge, son cou gonflait, ses yeux grands ouverts tournaient à gauche et les membres étaient pris d'une rigidité tétanique. Immédiatement après les convulsions, plus prononcées à gauche, survenaient et l'attaque se terminait par une abondante salivation. Au commencement elles ne venaient que pendant la nuit et étaient suivies d'incontinence d'urines mais elles ne tardèrent pas à paraître dans la journée et à augmenter de fréquence.

Dans l'intervalle des attaques, il avait des hallucinations visuelles très courtes. Il voyait des oiseaux ou des papillons voltiger autour de lui sans pouvoir en préciser la direction. En outre il a expulsé à deux reprises différentes des fragments de tænia.

Etat actuel. — Dev... est un garçon vigoureux, intelligent et malgré son air timide il fait très bien le récit de sa maladie.

On remarque une légère asymétrie de la face. A l'auscultation on entend des râles bronchiques disséminés. Le cœur bat normalement ; le malade accuse des palpitations et présente un souffle carotidien; le pouls est régulier. La lèvre supérieure est œdematiée, la muqueuse gencivale pâle, la langue pointillée de rouge, les dents régulières et en bon état, l'haleine n'est pas fétide, l'appétit est excellent et la soif ardente ; la digestion généralement se fait bien, mais souvent il y a des éructations acides, du tympanisme et des coliques à la région ombilicale. De temps à autre le malade est pris de vomissements bilieux incoërcibles, accompagnés de fièvre, qui ne durent heureusement que 12 à 24 heures. La constipation est opiniâtre. Démangeaisons insupportables à l'anus et au nez. Le foie et la rate sont un peu hypertrophiés, probablement, à cause de la fièvre intermittente. Pas d'annihilation de l'intelligence. Mais le caractère a complètement changé et est devenu méchant et querelleur.

Il a des vertiges sans perte de connaissance ; son sommeil est agité. Il a souvent un hoquet tenace ; les pupilles sont dilatées, elles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation, la sensibilité et les réflexes sont normaux. Les masses musculaires des cuisses et les genoux sont le siège de douleurs erratiques plus ou moins prononcées. Incontinence nocturne d'urine surtout après les attaques qui sont très fréquentes : 8 — 10 par 24 heures,

En raison du tænia dans les selles, nous administrons le tannate de pelletierine. Expulsion de quelques petits fragments de taenia.

Jusqu'au 11, le malade n'a pas d'attaques. Du 11 au 14, il a vingt-cinq attaques, jour et nuit, et en même temps des vomissements bilieux incoërcibles, du hoquet, et une constipation opiniâtre. Aux accès, déjà décrits, s'en ajoutent d'autres d'une allure toute différente. Ils commencent par le même accès, mais, au lieu de tomber, le malade fait deux tours sur lui-même, de gauche à droite, se met à courir droit devant lui en évitant ou déplaçant les obstacles, et ne s'arrête qu'après avoir fait une vingtaine de pas. Il monte l'escalier, s'il se trouve devant lui, et laisse indifféremment tomber ou garde les objets qu'il tient par hasard dans ses mains au moment de l'attaque. D'autres fois, surtout quand un obstacle insurmontable lui fraye le chemin, il retourne sur ses pas et fait encore un tour de gauche à droite avant de revenir à lui-même. La perte de connaissance est complète, mais la salivation fait absolument défaut.

Ainsi, les deux types d'accès se remplacent sans que l'un porte préjudice à l'autre. Tout ce qu'on peut remarquer, c'est que, pendant la nuit, les accès convulsifs tiennent le monopole. En général, la constipation en augmente la fréquence et l'intensité.

Le 29 mars, nouvelle administration du vermifuge. Mais, parmi les fragments parasitaires expulsés, en grand nombre, cette fois-ci, nous ne pouvons pas, malheureusement, en découvrir la tête. Pendant 15 jours, le malade reste sans attaque, et les deux légers accès survenus dans la nuit du 16 au 17, ne se sont pas répétés grâce, croyons-nous, à l'administration de 0,30 centigr. de calomel pendant trois jours consécutifs. Le 23 avril, notre sujet va à la campagne, d'où il revient, au bout de trois mois, complètement guéri de son mal, pour recommencer à travailler chez un mouleur de plâtre.

Vers le mois de janvier 1890, neuf mois après sa dernière attaque, sans cause appréciable, les accès reparurent, légers et espacés, tout d'abord. Ils deviennent fréquents à la suite. Tantôt c'étaient des attaques convulsives qui survenaient, et tantôt des procursives sans aucun ordre et au gré du hasard. Les vomissements, le hoquet, la constipation ne faisaient pas non plus défaut, cette fois-ci, en dehors ou après les attaques. Le tannate de pelletierine et le kousso sont restés inefficaces. Et, malgré un nouveau séjour à la campagne, les accès continuent à avoir lieu comme par le passé.

S'agit-il réellement d'une épilepsie d'origine reflexe, où le parasite n'est que la cause occasionnelle d'une maladie qui devait survenir chez un sujet fortement pré-

Digitized by Google

disposé tant par son hérédité que par ses antécédents personnels?

La disparition des phénomènes convulsifs, pendant neuf mois, après l'expulsion d'un grand nombre de fragments de tænia, l'aggravation de ces mêmes phénomènes par la constipation et la conservation de l'intelligence, restée presque intacte malgré le grand nombre d'attaques, semblent plaider pour la cause reflexe comme dans le mémoire publié par M. Eloy en 1883 (1).

D'un autre côté, le retour des accès ne parait pas être dû au tœnia dont la présence n'a pu être décelée dans les selles malgré l'administration des vermifuges les plus énergiques.

Dans la bibliographie, nous n'avons rencontré aucun fait semblable. Selon l'opinion autorisée des maîtres, l'épilepsie procursive est dûe à des lésions anatomiques irréparables, et l'action réflexe exclut toute idée de lésion. Il est vrai que les autopsies ne sont pas encore en grand nombre pour que ce fait soit dûment établi ; il est encore vrai que la clinique nous garde des surprises auxquelles nous nous attendons le moins, mais les données ne sont pas suffisantes pour établir l'origine reflexe de ces accès ; aussi nous aimons mieux nous tenir dans la réserve.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue. En effet, dans ce cas, nous assistons au début du mal comitial caractérisé tout simplement par une toux convulsive ; déjà, la tendance à tourner à gauche apparaît; puis surviennent les accès convulsifs typiques qui ne sont en rien diminués par l'apparition des accès procursifs ; au contraire, l'un et l'autre existent côte à côte.

Ce cas est comparable à celui de Hammond. De bonne heure, nous remarquons des instincts impulsifs qui ne sont comparables en rien aux accès d'épilepsie larvée. Le malade a envie de frapper, et il ne peut pas se retenir; il frappe, et il sait ce qu'il fait. Nous voyons aussi l'intelligence rester intacte, à part un changement de caractère et malgré le nombre d'attaques qui est considérable.

Un autre point intéressant est la suspension des accès pendant un espace de temps assez long. Ce fait est au moins rare. Il est vrai que Mairet (de Montpellier) rapporte un cas d'amendement considérable des accès, mais cet amendement était dû à l'action prolongée du bromure et suivi d'un abattement physique et intellectuel tel qu'on dut suspendre la médication bromurée. Rien de pareil dans notre cas ; l'expulsion d'une grande quantité de morceaux du parasite et l'air pur de la campagne ont suffi à amener un résultat inattendu qui, malheureusement, n'a pu se maintenir.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

MÉDECINE

I. **Traitement antiseptique de la typhlite.** — L'emploi des agents antiseptiques doit être associé à une hygiène alimentaire appropriée et au repos. On formule donc ainsi cette médication :

1° *Repos absolu* : éviter pendant la convalescence les marches forcées, la station debout prolongée et les grands efforts physiques ;

2° *Hygiène alimentaire* : pas d'écarts de régime, de repas copieux ou irréguliers, combattre la dyspepsie et la dilatation stomacale. — Régime : lait, jaunes d'œufs, aliments laissant de faibles résidus (Bouchard).

3° *Traitement local* : contre la douleur, injections morphinées — comme antiphlogistiques, onctions avec la pommade mercurielle, applications de cataplasmes rendus aseptiques par l'eau boriquée ou phéniquée et sédatifs par l'addition de laudanum; bains prolongés.

4° *Traitement interne* : pratiquer l'antisepsie intestinale :

1° Par les purgatifs, comme salicylate de magnésie; doses modérées et répétées ;

2° Par des irrigations intestinales abondantes et biquotidiennes que l'on peut, à l'exemple de M. Bouchard, pratiquer avec la solution suivante :

Borate de soude		5 gr.
Teinture de benjoin.....	àà	5 —
Alcool camphré.....		
Eau à 38°.....		1000 —

Pour une irrigation.

S. R.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES FRANÇAISES

PARIS. **Société de thérapeutique** (11 février 1891). I. *Les propriétés antiglycogéniques du jambul.* — CAEN. **Société de médecine du Calvados** (décembre 1890). II. *Des boissons abondantes dans la fièvre typhoïde.* — LYON. **Société nationale de médecine** (12 février 1891). III. *De l'anesthésie locale par le chlorure d'éthyle.*

I. **Les propriétés antiglycogéniques du jambul.** — Cette plante de la famille des Myrtacées, l'*Eugenia jambalanum* des botanistes, fait, parait-il, en ce moment merveilles contre le diabète. De temps à autre, comme cela, on apprend l'avènement d'un nouveau médicament anti-diabétique, puis quelques mois se passent et on l'oublie.

M. DUBOUSQUET LABORDERIE l'emploie depuis le mois de juin 1890 ; c'est un délai relativement court quand il s'agit d'expérimentation clinique. Il l'a prescrit à cinq diabétiques ; ce nombre est-il suffisant pour conclure définitivement? Il a vu deux fois le sucre disparaître des urines. Dans trois autres cas, le sucre a fait défaut ; c'étaient des cas de diabète avec cachexie, alcoolisme ou obésité.

M. DUJARDIN BEAUMETZ a observé de son côté que le jambul n'améliorait point le diabète grave ou pancréatique, mais jouait le rôle d'un adjuvant utile. Cette appréciation est judicieuse et très clinique — dans les formes de moyenne intensité et par son emploi combiné avec celui d'un régime alimentaire sévère.

Sous quelle forme faut-il administrer le jambul? En poudre à la dose de trois à dix grammes par jour. Cette préparation n'est guère acceptable. A défaut d'autres on doit s'en contenter.

Rappelons que Scott attribue les vertus antiglycogéniques du jambul à l'action suspensive qu'il exercerait sur les fermentations. Cet observateur s'en était rendu compte en le mélangeant au miel et à l'amidon en fermentation. Il réduisait ainsi de moitié la production du sucre.

(1) Contribution à l'étude des pseudo-épilepsies. Convulsions épileptiformes d'origine gastro-intestinale (*Union méd.* 1883).

Digitized by Google

Peut-on, en bonne raison, conclure légitimement d'une expérience *in vitro*, à des effets sur l'organisme humain ?

II. **Des boissons abondantes dans la fièvre typhoïde.** — Dernièrement M. Debove recommandait à la Société médicale des hôpitaux l'usage de 5 et 7 litres de liquide par jour aux typhoïsants. (1) C'est la pratique que M. Noury recommande et dont il a obtenu les meilleurs résultats dans les trois cas suivants.

1° Un homme de 36 ans, atteint de fièvre typhoïde, est soumis au traitement classique : acide salicylique, potion de Todd, extrait de quinquina, naphtol. En même temps, il ingérait des boissons variées (lait, bouillon, eau vineuse, grogs, infusions aromatiques) dans une proportion allant jusqu'à 12 et 15 litres par jour. La maladie évolua sans troubles urinaires et malgré la température élevée (41 degrés et des symptômes de congestion pulmonaire) aboutit à la guérison.

2° Même médication, chez deux femmes gravides, qui ingérèrent sept litres de liquide par jour.

L'objectif de ce traitement n'est pas seulement d'augmenter la diurèse, et d'éviter la sècheresse de la bouche ; c'est surtout de diluer les toxines et de hâter leur élimination en respectant l'intégrité de l'épithélium rénal. On le voit, cette méthode, plus facile à appliquer que le traitement de Brandt, n'a point l'inconvénient d'être désagréable au malade comme ce dernier et paraît motivée par des considérations cliniques rationnelles. On peut donc imiter l'exemple de notre distingué confrère M. Noury.

III. **De l'anesthésie par le chlorure d'éthyle.** — On connaît l'action anesthésiante de la réfrigération locale (glace, douches d'éther, chlorure de méthyle). C'est dans le but de produire les mêmes effets que M. Ferrand propose le chlorure d'éthyle.

Ce liquide volatil bout à + 10° et ne provoque point au contact de la peau ces escharres qui sont un inconvénient du chlorure de méthyle. De plus, il n'exige pas comme ce dernier une instrumentation coûteuse. On peut l'emprisonner dans des ampoules de verre, qui en assurent la conservation et qui, terminées par une extrémité capillaire, en permettent l'emploi immédiat.

Chaque ampoule en contient dix grammes et donne lieu à sa vaporisation sous forme d'un jet susceptible d'abaisser à 30 degrés la température de la surface cutanée contre laquelle il vient se briser.

Voici la technique de ce procédé d'anesthésie ; on tient l'ampoule verticalement dans la main, dont la chaleur suffit pour produire un jet de vaporisation de quinze à vingt centimètres. Celui-ci est horizontalement dirigé sur la région à insensibiliser qui a été préalablement asséchée et lubréfiée avec un corps gras, vaseline, huile ou glycérine.

L'anesthésie ainsi obtenue permet de pratiquer sans douleur l'ouverture des abcès, l'extraction dentaire et les petites opérations chirurgicales. Peut-elle remplacer celle de la cocaïne ? M. Ferrand l'admet, mais cette opinion optimiste n'est point entièrement partagée par M. Vincent car, avec la solution cocaïnique au centième, et en injections de un ou deux centigrammes, on rend les accidents exceptionnels.

Au reste, il ne faut point être d'une opinion trop absolue. Le chlorure d'éthyle et la méthode d'anesthésie locale de M. Ferrand peuvent rendre des services. C'est là ce qu'il faut retenir, à condition, la conclusion est de banale sagesse, d'en user opportunément.

K. D.

(1) Voir : *Revue générale de clinique et de thérap.*, juillet 1890.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 26 janvier 1891
Présidence de M. le Dr Descroizilles

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le secrétaire général propose de nommer archiviste de la Société M. le Dr Paul Blocq, en remplacement du Dr Dehenne qui a demandé à résigner ses fonctions.

M. le président annonce la nomination à l'internat en médecine des hôpitaux du fils de l'ancien président, M. Michel Dansac, et lui adresse ses félicitations.

M. Vigier, trésorier de la Société, lit son rapport sur l'état des finances de la Société et propose, pour favoriser l'émulation parmi les travailleurs, de décerner à la fin de l'année un prix « dit de la *Société Médico-pratique.* »

M. Cousin lit une observation de **tuberculose** traitée par la **lymphe de Koch** :

Schulze Clara, 17 ans, entre à l'hôpital de la Charité de Berlin le 9 octobre 1890.

Commémoratifs. — Mère morte tuberculeuse, père mort d'hydropericardite. Fille unique. Bien portante jusqu'à 12 ans, âge où elle a commencé à souffrir de la poitrine ; à cette époque, d'après la malade, elle expectore beaucoup mais «en blanc» Depuis la santé est restée assez bonne.

Le 5 octobre 1890 elle ressent des douleurs vives dans le côté gauche, douleurs qui se propagent jusqu'à droite ; toux sèche à laquelle s'ajoute, le 8 octobre, une cephalée violente. Pas de vomissements, pieds très froids ; sommeil agité, interrompu par les douleurs thoraciques. Le médecin appelé par la malade la dirige sur l'hôpital pour « un catarrhe bronchique ».

A son entrée elle se plaint de douleurs dans le côté gauche avec mal de tête violent.

Etat à l'entrée. — Jeune fille petite, délicate, teint clair, aux cheveux roux, dit qu'elle tousse depuis longtemps, expectorant toujours beaucoup. Thorax bien conformé. *A droite* le murmure vésiculaire est normal, et l'auscultation ne permet de percevoir aucun signe morbide. *A gauche*, submatité au-dessus et au-dessous de la clavicule, s'étendant vers l'aisselle et en bas jusqu'à la troisième côte, en arrière jusqu'à l'épine de l'omoplate.

Auscultation. — A gauche dans la région mate, on entend un souffle bronchique léger avec craquements secs surtout vers la deuxième côte. Il en est de même en arrière, mais les craquements sont plus rares. Pas d'expectoration ; la voix est nette, seulement un peu de rougeur du larynx. Rien au cœur. Pouls 75, égal, régulier.

Urines normales. On porte le diagnostic de phtisie gauche au début.

18 octobre. — Toux laryngée. Larynx plus rouge, pharyngite granuleuse en plus.

1er novembre. — Accès répétés et violents de spasme laryngé, consécutifs à des accès de toux laryngée qui amènent de l'orthopnée et qui cèdent à des courants faradiques (ces accès se répéteront plus tard après les injections de lymphe et durent environ cinq heures).

20 novembre. — A gauche, en haut, submatité, râles humides et des noyaux disséminés ; souffle bronchique au maximum dans le deuxième espace intercostal, mais s'entendant encore dans les troisième et quatrième espaces intercostaux. Le poumon droit est absolument libre et l'état général est bon. — 1re injection à un milligramme sans réaction. — Du 20 au 30 novembre, douleurs assez tenaces dans le genou gauche, sans signes inflammatoires.

21 novembre. — Deuxième injection à 2 millig. ; réaction à 39°,2 — 22 novembre. Troisième injection à 3 milligr., avec maximum de réaction à 38°,5. A cette date, on entend dans la partie pos.

Digitized by Google

térieure et supérieure du thorax des frottements pleuraux très nets en outre des autres signes qui persistent, Pas de crachats; toux laryngée. — 23 novembre. Quatrième injection à 3 millig. avec maximum 39°. — 24 novembre. Cinquième injection à 3 milligr. avec maximum 39°,4, sueurs profuses, douleurs thoraciques violentes.

Dans la nuit du 24 au 25, de 11 heures du soir à 4 heures du matin, frissons répétés avec douleurs vives dans le côté gauche. — 25 novembre. Sixième injection à 4 millig., maximum 37°,7. — 26 novembre. Pas d'injection Max. 39°,9. Matité sus et sous-claviculaire gauche plus accentuée. Souffle bronchique avec râles humides à bulles plus grosses. Sur toute la surface du thorax gauche, frottements pleuraux. On porte sur la feuille d'observation « une caverne se forme au niveau du deuxième espace intercostal ». — 27 novembre. Septième injection à 4 mill. Maximum 37°,8. — 28 novembre. Pas d'injection. Max. 40°,1. Accentuation des signes du 26 avec dyspnée. R. = 48. P. = 140. Dans la nuit du 28 au 29, sueurs profuses, frissons. — 29 nov. Huitième injection à 4 milligr. Max. 40°,1, dyspnée croissante R. = 52. Les signes de caverne s'accentuent. — 30 novembre. Pas d'injection. Maximum 36°,8. Commence alors à cracher. — 1er décembre. Neuvième injection à 4 milligr. Max. 39°,2. — 2 décembre. Dixième injection à 4 milligr. Max. 39°,7. — 3 décembre. Pas d'injection. Max. 36°,7. La dyspnée diminue. R = 32. Mêmes signes stéthoscopiques. — 4 décembre. Onzième injection à 4 milligr. Max. 37°,6. Pour la première fois, on découvre de nombreux bacilles dans les crachats. — 5 décembre. A gauche, en avant, gargouillements sous la clavicule, gros craquements humides sur toute la hauteur, ainsi qu'en arrière. Dans les fosses sus et sous-épineuses on perçoit un souffle à la partie interne. A droite, sous la clavicule, quelques craquements et expiration prolongée. Le poumon droit se prend à son tour.

Le 6 décembre. — A gauche, en haut, dans la fosse sus et sousclaviculaire, la matité parait moindre. On entend le souffle bronchique dans les deux temps, mais pas de craquements humides.

Dans l'expiration seulement, on entend de gros râles ronflants et sibilants, surtout marqués au-dessous de la clavicule.

Au-dessous de la troisième côte, dans l'inspiration profonde, souffle bronchique faible et râles sébilants disséminés.

En arrière, à gauche, submatité jusqu'a la pointe de l'omoplate; souffle bronchique. Dans les deux temps et dans l'inspiration, on entend de petits râles disséminés. En bas, murmure vésiculaire affaibli et quelque sibilence.

Le poumon droit a une sonorité normale en arrière, sauf quelques râles sibilants. En avant de même. Entre la deuxième et la troisième côte gauche, en avant, la percussion est douloureuse.

La malade ressent une douleur assez gênante dans le flanc gauche, dans la région des fausses côtes et s'irradiant en haut, vers le thorax. Pas de dyspnée. R. 36. Crachats peu abondants, adhérant au vase, contenant un peu de pus. (Dans cinq préparations on a trouvé un bacille seulement). Toux grasse.

En un mot, la malade présente tous les signes stéthoscopiques des jours précédents atténués cependant, par suite, selon nous, de l'expectoration abondante des jours précédents et de l'apyrexie actuelle, la température n'ayant pas dépassé 37° 6 depuis trois jours.

Dans une seconde observation, il s'agit d'une malade qui était calme avant les injections; sous leur influence elle subit de réactions très considérabless et chaque jour des accès de fièvre; il y a donc eu, de par les injections, aggravation manifeste.

Enfin, M. Cousin cite le cas d'une autre malade, phtisique avéré, qui, avec 15 milligrammes de solution de Koch, n'a pas eu de réaction.

M. Tripet dit qu'il a suivi quelques malades inoculées à Laennec et à la Charité. Tous, pour ainsi dire, ont vu leur situation s'aggraver.

M. Cazaux croit qu'il y a un grand danger à manier la lymphe de Koch; il rappelle le rapport défavorable de Virchow et le cas de mort signalé par Grasset (de Montpellier), après une injection de deux milligrammes de solution. A Madrid, Naples, Davos, il y a eu des cas de mort: des malades évidemment tuberculeux n'ont pas réagi sous l'influence de l'injection (quatre malades sur vingt-cinq inoculés à Davos). La lymphe de Koch n'est donc pas même le moyen infaillible de déceler la tuberculose comme cela avait été annoncé.

M. Dauchez demande s'il y a eu des accidents chez les lupiques inoculés.

M. Cousin n'en connait pas; mais il rapporte que le fameux cas de lupus guéri chez Lévy, à Berlin, avait reparu après quinze jours: aucun médecin allemand n'ignorait cette rechute qu'on cachait aux médecins venus à Berlin pour étudier les effets des injections de lymphe de Koch. Il n'y a pas eu de cas de mort à ma connaissance chez les sujets atteints de lupus et inoculés Il semblerait que la tuberculose laryngée serait améliorée par l'usage des injections de liquide de Koch.

La séance est levée.

Le secrétaire:
Dr Pennel.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 février 1891
Présidence de M. le Dr Terrier

Ostéo-sarcome de l'humérus. — M. Berger rend compte d'une amputation interscapulo-thoracique pratiquée par M. Monod (de Bordeaux), chez un jeune homme de vingt ans, atteint d'un ostéo-sarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus. On sait que cette opération consiste essentiellement à sectionner la clavicule en son milieu, et, après avoir lié l'artère sous-clavière, à enlever l'épaule avec l'omoplate. L'opéré succomba trois mois après avec des accidents de généralisation de la tumeur dans les poumons. Ce résultat confirme la gravité des ostéo-sarcomes des membres, et leur récidive rapide, même quand ils ont été enlevés à une époque encore voisine de leur apparition, comme chez ce jeune homme. Ainsi donc, dès qu'un sarcome aura été constaté dans l'extrémité supérieure de l'humérus par exemple, il faudra recourir immédiatement à l'opération la plus complète, c'est-à-dire, à l'amputation du membre entre l'omoplate et le tronc. De cette façon on aura chance d'éviter la récidive, les muscles de l'épaule étant très rapidement envahis par le néoplasme.

M. Quenu ne pense pas qu'une opération aussi radicale soit toujours nécessaire. Il faut autant que possible opérer à une époque voisine du début de la tumeur, et si celle-ci est limitée exactement à la tête de l'humérus, la désarticulation scapulo-humérale suffira pour empêcher la récidive.

Opération de Kraské. — M. Richelot. Cette opération, sur laquelle M. Routier a appelé l'attention l'année dernière, consiste à extirper le rectum par la voie sacrée. Ses avantages sont de favoriser la dissection des cancers haut situés, inopérables par les anciennes méthodes périnéales et l'ablation complète des cancers annulaires, en conservant les sphincters de l'anus; d'éviter la formation d'un cloaque en cas de cancer rectal adhérent à la paroi vaginale; enfin de faciliter l'extirpation des rétrécissements syphilitiques du rectum. M. Richelot a pratiqué quatre fois cette opération pour cancer et une fois pour rétrécissement syphilitique du rectum. Il a eu une mort opératoire par congestion pulmonaire et quatre succès. Quoique

Digitized by Google

l'opération ait été faite aussi complète que possible, elle n'a pas toujours empêché la récidive des cancers.

M. Routier. Cette opération a été imaginée par Kraske pour enlever exclusivement les cancers haut placés dans le rectum. Depuis, d'autres chirurgiens l'ont adaptée à l'ablation de tous les cancers inopérables par d'autres méthodes, et même à celle de tumeurs autres que les cancers. C'est pour cette raison que, peut-être, elle a perdu la bénignité relative des premières statistiques. Il ne faut pas oublier aussi que la caractéristique de cette opération, telle qu'elle a été conçue par son auteur, est la conservation des sphincters de l'anus. La première malade opérée par M. Routier, il y a dix-huit mois, se porte bien, elle n'a pas de récidive. Il n'en a pas été de même pour une autre malade qu'il a opérée en août 1890, elle est atteinte de récidive généralisée dans l'abdomen.

M. Robert présente un malade atteint de *filariose du pli de l'aine*, du cordon, des bourses avec dilatation énorme des vaisseaux lymphatiques de ces régions, simulant une double hernie inguinale.

M. Terrier fait un rapport sur la statistique de M. Delagenière (du Mans), comprenant les opérations faites par ce chirurgien, de juin 1890 à janvier 1891.

Dr H. Marciguey.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 *février* 1891

Présidence de M. le Dr Labbé.

Déformation du crâne dans certains cas de myopathie progressive primitive. — M. Marie avait déjà remarqué pendant son cliniquat à la Salpêtrière, que le squelette des malades atteints de myopathie progressive primitive présentait des déformations particulières ; celles du thorax feront l'objet d'un mémoire ultérieur ; aujourd'hui il veut attirer l'attention sur une déformation particulière du crâne, qu'il a observée sur un jeune sujet de 14 ans, atteint de cette affection.

Le crâne de ce malade a l'aspect d'un sphéroïde très aplati en arrière ; les bosses occipitales, rejetés de côté, sont très saillantes ; son diamètre antéro-postérieur maximum = 166 millimètres, le D. transverse maximum = 168 millimètres ce qui donne comme indice céphalique $\frac{168 \times 100}{166} = 101,2$ chacun de ces chiffres peut être considéré comme excessif. En effet, au point de vue anthropologique, le diamètres moyen antéro-postérieur = 100 mm. le D. moyen transverse = 155 ; l'indice céphalique moyen = 80.

Le cas d'ailleurs n'est pas isolé. M. Marie a eu occasion de voir des déformations semblables chez d'autres myopathiques, se rattachant à la forme décrite par Erb. Chez un autre sujet, l'indice céphalique était de 89,7, le D. antéro-post = 175, le D. transverse = 157.

Chez un troisième, il avait remarqué un développement considérable des bosses occipitales, mais l'indice céphalique n'offrait pas de proportions aussi exagérées. Il pense qu'il s'agit là d'un phénomène inhérent à la myopathie progressive primitive, sans caractère de causalité sur cette affection. Peut-être la déformation est-elle due à l'ostéomalacie chez un sujet resté pendant plusieurs années dans le décubitus dorsal. Toutefois les renseignements manquent sur les premières années de ce malade, pour vérifier cette hypothèse.

Etiologie des abcès consécutifs à la fièvre typhoïde. — M. Raymond. Depuis que le bacille d'Eberth est regardé comme le germe pathogène de la fièvre typhoïde, plusieurs auteurs ont signalé la présence de ce microbe non seulement dans l'intestin, mais encore dans les poumons, les méninges, le pus des abcès de la convalescence de cette affection. Il semble donc que ce bacille soit la cause des divers accidents infectieux de la dothiénenterie. Chez une femme de 41 ans, morte au 39e jour de cette maladie, après avoir présenté du délire aigu, M. Raymond, avec l'assistance de M. Veillon, a recherché le bacille d'Eberth dans le pus d'un vaste abcès de la paroi abdominale, sans communication avec l'abdomen, et y a découvert de nombreux microbes de cette espèce. Il n'hésite pas à rattacher la formation de cet abcès à une colonie de microbes spécifiques qui s'est développée en ce point de l'organisme. Peut-être même doit-on attribuer le délire aigu à la présence du bacille d'Eberth dans les méninges et le cerveau ; toutefois chez la malade de M. Raymond, cet examen n'a pas été pratiqué.

M. Chantemesse. — On admet que le bacille typhique peut produire du pus, ainsi que lui-même en a rapporté des preuves cliniques et expérimentales. De plus, il a retrouvé ce même bacille dans le cerveau de sujets ayant succombé à la fièvre typhoïde. Enfin MM. Vaillard et Vincent ont publié récemment l'autopsie d'un soldat dont les centres nerveux renfermaient des bacilles typhiques. Des troubles nerveux peuvent donc être déterminés par la présence de ce microbe dans les centres nerveux.

La fièvre typhoïde dans l'armée. — M. Chantemesse présente un tableau statistique de la fièvre typhoïde dans l'armée pendant les années 1886 et 1887, d'une part, et 1889 et 1890, d'autre part. Ce tableau montre que pendant les deux dernières années on a obtenu une diminution de 36 et de 49 0/0 dans la morbidité, et de 25 et de 34 0/0 dans la mortalité. Cette amélioration est due à la distribution des eaux de source dans les casernes et à l'établissement de filtres perfectionnés dans celles qui n'ont pu être pourvues d'eau de source. Ces mesures ont été prises par M. de Freycinet, ministre de la guerre, d'après les propositions de M. Léon Colin.

La Société réunie en comité secret, discute le rapport de M. Rendu sur les projets de réforme de l'enseignement médical et du concours des hôpitaux présentés par M. Huchard.

H. M.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 *février* 1891

Présidence de M. le Dr Tarnier

M. Galezowski lit un travail sur le traitement de l'épithélioma des paupières par la phénonéide, produit analogue à la pyoctanine qui provient de la décomposition des couleurs d'aniline (1).

M. Worms lit un rapport sur un travail de M. Gréhant sur l'acide carbonique contenu dans les muscles.

Transmission de la tuberculose par le lait de vache. — M. Ollivier lit l'observation d'une jeune fille de Chartres qui, sans aucun antécédent héréditaire, succomba à une méningite tuberculeuse. L'enquête apprit que, dans le couvent où elle avait été élevée, 13 enfants étaient devenus tuberculeux et 6 étaient morts. La vache qui donnait du lait, bu par les enfants, présentait de la mammite tuberculeuse.

M. Nocard connait cinq ou six faits dans lesquels il est absolument démontré que la tuberculose a été transmise par le lait. Autrefois il conseillait de faire bouillir le lait de provenance douteuse. Après le fait qu'il va citer, il dit : faites bouillir le lait quelle qu'en soit la provenance.

(1) Voir : *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, janvier 1891.

Digitized by Google

Il y a deux ans un grand éleveur lui envoya des pièces prises sur un veau mort presque subitement. Il s'agissait de ganglions qui étaient très volumineux et farcis de tubercules. Ce veau n'avait pris que du lait de sa mère et de la bouillie. Les mamelles de la mère étaient atteintes de mammite tuberculeuse. Or cette vache était magnifique d'aspect et avait été primée dans tous les concours.

Elections. — Sont nommés membres correspondants nationaux, après quatre tours de scrutin : MM. les Drs de Brun (de Beyrouth), par 36 voix sur 69 votants et Trastour (de Nantes), par 32 voix sur 60 votants, contre MM. Morvan (de Lannilis) et Bouchard (de Bordeaux). F. R

LES JOURNAUX DE LA SEMAINE

En reproduisant, sous cette rubrique, des extraits de la presse médicale, le **Journal des Praticiens** *a pour but de renseigner impartialement ses lecteurs. Il réserve donc formellement la liberté de ses appréciations et l'indépendance de sa critique.* N. de la R.

La réforme de l'enseignement. — Dans un article du 19 février courant, la *Tribune médicale* attribue le projet suivant à M. le Dr Bouchard :

Tout docteur en médecine qui, au sortir de ses études médicales, et immédiatement après avoir obtenu son diplôme, aurait des visées plus hautes que l'exercice professionnel, se sentant une vocation pour la culture scientifique et pour l'enseignement, serait admis à se présenter devant un jury d'examen chargé d'apprécier ses aptitudes et ses connaissances actuelles.

La matière de ces connaissances, et conséquemment de l'examen, serait uniquement celle des notions classiques fondamentales, ressortissant aux principales branches de la science médicale, savoir :

Anatomie, physiologie, pathologie médicale, pathologie chirurgicale, accouchements, médecine publique.

Le résultat de l'examen probatoire étant favorable, le candidat serait admis et inscrit sur une liste comprenant tous ceux qui, constituant, de la sorte, un personnel d'attente, seraient appelés, au fur et à mesure d'un besoin ou d'une vacance, à entrer en activité dans une de nos Facultés ou Ecoles. L'on pourrait pourvoir, ainsi, au service de l'agrégation et à celui des laboratoires et des travaux pratiques, à l'aide d'un classement par ordre de mérite, sur la liste des candidats reconnus capables, et formant comme une pépinière permanente de recrutement.

Il serait également et facilement établi, par ce système, un roulement dans le placement successif des agrégés qui passeraient, selon leur ancienneté de nomination effective et selon leur désir, des Ecoles et des Facultés de province à la Faculté de Paris.

Le recrutement des professeurs se ferait, d'après le même principe et le même mode, en soumettant au même jury permanent l'appréciation des titres des candidats qui seraient naturellement tous les agrégés en exercice ou ayant passé par cet exercice ; et cette appréciation aurait pour base, outre les titres et les travaux personnels des candidats appropriés à l'enseignement auquel il y a lieu de pourvoir, les services déjà rendus par eux dans l'enseignement en question, soit par des suppléances, soit par des publications didactiques.

Nous avons parlé d'un jury permanent : le nombre des membres qui le constituerait devrait, quoique limité, être suffisant pour réduire, autant que possible, les éléments et les chances de l'intrigue et de la partialité : il serait composé d'un représentant, au moins, de chacune des branches de l'enseignement médical, pris parmi les titulaires actuels des chaires professorales dans toutes les Facultés de France ; et son jugement définitif serait rendu public par un rapport général motivant le choix auquel il serait arrêté.

INFORMATIONS

FRANCE

Bordeaux. — **Société de médecine et de chirurgie.** — *Prix de l'année* 1892. — La société met au concours les questions suivantes :

Prix Dubreuilh (400 fr.). — Traitement des accidents septicémiques de l'accouchement et des suites de couches.

Prix Faure (300 fr.). — Des moyens de garantir du froid les classes pauvres et de prévenir les accidents causés par le froid.

Adresser les mémoires à M. le Dr Sous, secrétaire général, avant le 29 février 1892, et dans les formes académiques.

ÉTRANGER

Allemagne. — **Congrès allemand de chirurgie** — La prochaine réunion aura lieu, à Berlin, du 1er au 4 avril, sous la présidence de M. Thiersch. La première séance sera consacrée à un débat sur le traitement de la tuberculose par la méthode de Koch, et un discours sera prononcé sur ce sujet par M. von Bergmann. Le lendemain on présentera à la clinique de l'Université des malades soumis à ce traitement.

Autriche. — **Statistique des médecins viennois.** — Pour une population de 800.000 habitants cette ville possède 1.315 médecins. Sa banlieue qui est peuplée de 400.000 personnes en possède 177. Il existe donc un médecin pour 600 habitants dans le centre de la ville et un médecin pour 2.250 dans la zone suburbaine

Belgique. — **Société de médecine d'Anvers.** — *Concours de* 1891. — La Société de médecine organise pour l'année 1891 un concours portant sur les questions suivantes :

1° Préciser les conditions de la laparotomie dans la dystocie.

2° Exposer le traitement médical et chirurgical de la lithiase biliaire, avec résultats statistiques.

3° Traitement des plaies perforantes de l'abdomen.

Conditions du concours : Le prix pour chacune de ces questions consistera en une médaille d'or (de la valeur de 100 fr.), une médaille d'argent ou une mention honorable, le titre de membre correspondant, la publication du mémoire dans les Annales de la Société. Les mémoires devront être envoyés au secrétariat, avenue des Arts, 52, *dans les formes académiques habituelles*, avant le 1er juin 1891 et seront accompagnés d'un pli cacheté renfermant le nom de l'auteur et la devise de leur travail.

Russie. — **Le nombre des médecins** — En juillet 1890, on comptait 12,112 médecins hommes et 769 femmes 2.629 exerçaient comme médecins de l'armée ou de la marine. La Russie possède donc en moyenne huit praticiens pour 100.000 habitants.

NOUVELLES MILITAIRES

Nominations dans le corps de santé colonial. — *Au grade de médecin inspecteur de 1re classe* : M. Treille, médecin inspecteur de 2e classe.

De médecins en chef de 2e classe : MM. Cauvy et Ayme, médecins principaux.

De médecins principaux : MM. Clavel, Hercouet et Raugé, médecins de 1re classe.

De médecins de 1re classe : MM. Couillebault, Garnai et Ran-

Digitized by Google

çon, médecins de 1re classe de la marine, et MM. Terrin, Camail, Simond, Deloy, Le Roy, Vergoz, Pineau et Pinard, médecins de 2e classe.

De médecins de 2e classe : MM. Pierre et Guerchet, médecins de 2e classe de la marine, et Huot et Jacquin, médecins auxiliaires.

Nominations dans le corps de santé de la marine (activité). — *A l'emploi de médecin auxiliaire de 2e classe* : MM. Maisse, Taddei dit Torella et Lepinoy.

Appel des médecins de réserve et de l'armée territoriale en 1891. — Il aura lieu dans les conditions suivantes (19e corps excepté) :

Réserve. 25 médecins-majors de 2e classe et 234 médecins aides-majors de 1re ou de 2e classe seront convoqués, par moitié, pour une période de vingt-huit jours en deux séries : la 1re, du mercredi 6 mai au mardi 2 juin ; la 2e, du jeudi 1er octobre au mercredi 28 octobre.

Armée territoriale. 50 médecins-majors de 2e classe et 234 médecins aides-majors de 1re ou de 2e classe seront également convoqués, par moitié, pour une période de treize jours : la 1re, du mercredi 21 mai au mardi 2 juin ; la 2e, du vendredi 16 octobre au mercredi 28 octobre.

Tous ces médecins seront désignés par les commandants des corps d'armée de préférence parmi : 1° les médecins qui n'ont pas encore été convoqués, en commençant par les plus jeunes de grade ; 2° ceux qui, réunissant les conditions d'ancienneté nécessaires, auront demandé à faire un stage afin de pouvoir bénéficier du décret du 19 décembre 1889.

— On voit que les prescriptions ministérielles décident la convocation d'un nombre relativement élevé de nos confrères. Quelques-uns d'entre eux nous demandent des indications sur leurs obligations et leurs devoirs militaires.

Ces renseignements ont été publiés tout au long, dans un ouvrage que nous avons déjà eu l'occasion de signaler : le *Code manuel*, de M. le Dr Lucien Collin, médecin-major attaché à la Direction du service de santé du gouvernement de Paris.

Cet ouvrage, qu'on ne saurait trop recommander est un *vade mecum* indispensable en temps de convocations et hors des convocations et réunit toutes les prescriptions ayant trait au recrutement et aux règlements relatifs aux étudiants, aux médecins et aux pharmaciens. C'est dire que chacun doit non seulement le lire, mais le posséder. C. E.

La fièvre typhoïde dans l'armée en 1890. — D'après les documents parvenus au ministère de la guerre, et par suite des mesures adoptées pour la surveillance des eaux potables, on constate, pendant l'année 1890, une diminution de la morbidité typhoïdique de 49 pour cent dans l'ensemble de l'armée et de 75 pour cent dans le gouvernement militaire de Paris.

VARIÉTÉS

Origine commune de la variole et de la vaccine. — Cette question controversée a été l'objet de travaux récents de Fisher (de Calsruhe), Eternod et Haccius (de Genève). Ils ont eu recours à la vaccination des animaux par denuidation en usant la peau au moyen du papier de verre, de façon à obtenir une surface très absorbante.

Dans ces conditions, ils ont obtenu des résultats qui justifient l'idée de Depaul, déclarant que le cowpox est une variole atténuée par son passage sur les animaux. Voici leurs conclusions :

1° La variole est inoculable à l'espèce bovine quand le mode opératoire est bon.

2° Son inoculation au veau est une source précieuse de vaccin animal, car ainsi inoculée la variole se transforme en vaccine après quelques générations.

3° Il n'existe donc pas de dualité entre la variole et la vaccine comme la Commission lyonnaise l'a déclaré.

La rage à Londres et la muselière. — Avant l'année 1889 on comptait annuellement 400 cas de rage. En cette année, on imposa l'usage de la muselière, et le nombre des cas d'hydrophobie descendit à 120. Depuis, la muselière est demeurée obligatoire, et, en 1890, on a constaté que la diminution de la rage était progressive : 15 cas pendant le premier semestre ; 13, durant le second ; 8, pendant le troisième, et aucun pendant le quatrième.

C'est une démonstration de l'utilité de ce moyen de prophylaxie.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs Ponzol (de Monistrol-sur-Loire), A. Mathieu (de la Charité), Nollet (à Mazéville, près Nancy).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Chaumier. — La maladie bronzée des nouveau-nés (Le *Poitou médical*, 1er février 1891).

Haig. — Pathogénie du rhumatisme articulaire aigu (*The Practitionner*, février 1891, p. 111).

Moncorgé. — Note sur les paralysies dans la maladie de Parckinson (*Lyon médical*, 8 février 1891).

Nixon. — Sclerodermie : hémiatrophie de la face et des membres (*The Dublin Journal of med. Sc.* 2 février 1891, p. 97).

Roland. — De la compression élastique dans le traitement des phlébites (*Poitou med.*, 1er février 1891, p. 36).

Spencer. — Un cas de mort par hydrophobie deux années après les morsures d'un chien enragé (*The Brit. med. Journal*, 7 février 1891).

Walter Carr. — De la bronchectasie chez les jeunes enfants (*The Practitionner*, février 1891, p. 87).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Bronner (H.). — Un cas d'épanchement purulent péricardique traité par l'incision (*The Brit. med. journal*, 14 février 1891, p. 350).

Fargnhag-Curtis. — Traitement de l'anévrysme artério-veineux (*The american journal of the med. Sciences*, février 1891, p. 142).

Luc — Contribution à l'étude des hémorrhagies névropathiques de l'oreille sans perforation de la membrane tympanique (*Archives de laryngologie*, février 1891).

Maoris. — Extrophie de la vessie (*Gaz. méd. d'Orient*, 15 janvier 1891).

THÉRAPEUTIQUE

Andradi (H. de). — De l'action de l'exalgine contre l'élément douleur (*O. Brazil medico*, 1er janvier 1891).

Cerna (D.). — Etude sur l'action physiologique du Kava-Kava (*The therap. Gaz.*, 15 janvier 1891, p. 7).

Mayer (A.) — De l'emploi hypodermique de l'arsenic (*The therap. Gaz.*, 15 janvier 1891, p. 19).

Shand (G.). — De la saignée en thérapeutique (*Edimburgh med. journal*, février 1891, p. 719).

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE N° 9 4 MARS 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, DEMELIN, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

AVIS. — L'administrateur de la *Revue Générale de Clinique et de Thérapeutique* a l'honneur de rappeler à nos abonnés qu'à partir du 10 mars prochain, la quittance de réabonnement leur sera présentée, augmentée de 75 centimes pour frais de recouvrement.

CLINIQUE MÉDICALE

Du vigilambulisme hystérique et de la suggestion hypnotique (1)

Par M. le Dr Paul BLOCQ, *chef des travaux anatomo-pathologiques à la Salpêtrière*

L'hypnotisme a de nouveau été remis en lumière, dans une occasion récente, où il n'avait que faire, du reste, et l'on a été amené à rapporter les nombreux succès thérapeutiques que certains médecins lui attribuent.

Ce qui domine encore actuellement, à notre avis, cette question des applications pratiques de l'hypnose, reste le fait de savoir si, comme l'admettent un grand nombre d'observateurs, le sommeil hypnotique est un état non pathologique, ou si, au contraire, selon plusieurs autres, il constitue une névrose passagère. Il importe, en effet, essentiellement au praticien, en vertu du vieil adage : *primo non nocere*, d'être tout d'abord convaincu, qu'en se livrant aux manœuvres d'hypnotisation, il ne risque pas de provoquer l'éclosion d'une névropathie plus grave, en somme, que les troubles fonctionnels auxquels il cherche à remédier.

Nous devons dire que, dans ce débat, on a fait valoir de part et d'autre des arguments, qui permettent difficilement d'avoir une opinion ferme à un premier examen.

La plus grande partie de ces motifs a déjà été tant de fois exposée en diverses publications, qu'il me semble tout à fait inutile d'y revenir. Je désire seulement appeler l'attention sur les caractères d'un état nerveux particulier, le *vigilambulisme hystérique*, qui offre avec le sommeil hypnotique des analogies allant presque jusqu'à l'identification ; aussi son existence seule peut-elle être considérée comme un argument sans réplique, par ceux qui concluent à la parenté de l'hypnotisme et de l'hystérie.

L'étude de cette intéressante modalité a été faite tout récemment par M. Charcot, dans une leçon que j'ai recueillie (2), à l'occasion de deux malades de son service.

Notre maître rappelle que le mot « vigilambulisme » a été proposé par MM. Egger et Lereboullet, pour désigner l'*état second* dans le cas de dédoublement de la personnalité, observé par M. A. Azam.

C'est qu'il s'agit, en effet, dans les cas auxquels nous faisons allusion, de ce qu'on appelle : le dédoublement de la personnalité. Les sujets qui présentent cet état, vivent, comme on sait, pour ainsi dire d'une double vie, c'est-à-dire qu'ils passent alternativement par deux états tels que tout ce qui a lieu dans l'état n° 1, n'est connu que dans un nouvel état semblable, et il en est de même pour l'état n° 2. Le sujet renferme, en réalité, deux personnalités qui s'ignorent l'une l'autre, et diffèrent par leurs caractères psychiques et parfois physiques.

L'état normal que le sujet a conservé depuis sa naissance, vient-il à être remplacé par cet état anormal, c'est à ce nouvel état qu'on applique le nom de *vigilambulisme*. Je résumerai ici rapidement, à titre d'exemple, l'observation de l'une des malades de M. Charcot :

La nommée H... est âgée de 38 ans, a été élevée chez les sœurs, et n'a pu apprendre à lire. Elle a eu en 1878 des crises de nerfs pour lesquelles elle a été soignée à Lariboisière, dans le service de M. Proust. En 1880, elle fut admise dans le service de M. Charcot.

C'est en 1884, qu'à la suite d'une période assez longue d'état de mal hystérique, elle est entrée dans cet état particulier, que l'on peut appeler son état *second*, lequel a persisté, depuis, presque sans discontinuité, coupé seulement par quelques rares retours de l'état antérieur, état *prime*.

Il suit de là que dans l'état n° 1, H... connaît tous les événements de sa vie qui se sont passés jusqu'en 1885, — alors qu'elle ignore ce qui lui est arrivé de 1885 à 1890 — tandis que dans l'état n° 2, elle ne se souvient absolument que des divers incidents datant de cette dernière période. Mais de plus, et j'attire particulièrement l'attention sur ce caractère, dans son état second, H... présente tous les caractères du grand hypnotisme : contracture léthargique, catalepsie, suggestibilité..., etc.

Une autre malade n'est pas moins intéressante :

La jeune D... a été conduite par ses parents dans le service de M. Charcot, parce qu'on s'était aperçu qu'elle devenait bizarre, tout à fait changée. A son premier examen, à la clinique de la Salpêtrière, on constata qu'elle présentait spontanément les mêmes caractères somatiques de l'hypnotisme. On se rendit compte, par l'observation ultérieure, qu'elle se trouvait en réalité dans un état second, état de vigilambulisme analogue au précédent, lequel se continuait toute la journée, pour être remplacé vers le soir par un état prime tout à fait différent, psychiquement et physiquement.

On voit que, dans ces cas, à la suite d'attaques hystériques, il s'est déclaré spontanément, chez ces malades, un état tout à fait analogue à l'état de somnambulisme

(1) *Société médico-pratique*, séance du 23 février.
(2) *Mercredi Médical*, 1890, n° 50, p. 623.

Digitized by Google

hypnotique. Du reste, entre ces exemples tout à fait démonstratifs de l'analogie qui existe entre le sommeil hypnotique et l'hystérie, il y a place pour une série de cas intermédiaires et formant, pour ainsi dire, la transition.

Sous le nom d'« hystérie maniaque infantile » (1), j'ai rapporté ici même un cas de ce genre, à l'occasion duquel j'avais pu dire : « Si l'on admet que l'attaque hystérique offre une sorte de synthèse des symptômes de la névrose, l'hystérie maniaque, selon cette conception, représenterait l'une des phases dissociées de l'attaque, la période des attitudes passionnelles, isolée à l'état de simplicité et anormalement prolongée. »

M. Charcot a, du reste, établi, et M. Pitres a confirmé que les diverses formes de somnambulisme hystérique pouvaient être regardées, en effet, comme des phases isolées ou transformées de l'attaque.

Or les apparences cliniques de tous ces états sont analogues, à bien des points de vue, à l'état de sommeil hypnotique. Dans certains cas, on provoque cette attaque de sommeil par les mêmes manœuvres que celles qui sont employées pour déterminer l'hypnose. De plus, le sujet se livre spontanément alors à divers actes en rapport avec ses hallucinations ; mais on peut parfois intervenir et, à l'aide de diverses excitations, modifier les tableaux illusoires. D'autres fois, enfin, non seulement on change la nature des hallucinations, mais encore on provoque des réponses de la part du malade.

En somme, retenons de tout cela que le vigilambulisme, d'une part, certains états délirants succédant aux attaques, d'autre part, — toutes modalités survenant spontanément chez des hystériques — présentent, ainsi que nous l'avions préjugé, des caractères d'analogie frappante avec le sommeil hypnotique.

Ce sont là, sans conteste, de véritables preuves cliniques de la parenté qui unit l'hypnotisme à l'hystérie.

Toutefois, à s'en tenir aux conceptions formulées par M. Bernheim sur la suggestion dans son récent traité, le sommeil hypnotique n'étant pas nécessaire à l'action médicatrice de la suggestion, il serait permis au praticien de ne pas tenir compte du danger indiqué par ces rapports que nous venons d'établir. On peut ajouter à cet égard, qu'à ce point de vue de la suggestion seule, des liens étroits n'en existent pas moins entre l'hystérie et la suggestibilité ; puisque de l'aveu même de l'auteur précité, la suggestibilité est la note dominante du caractère hystérique, et qu'il reconnaît que la suggestibilité est augmentée d'une façon générale par l'emploi de la suggestion.

Il suit de là qu'en thérapeutique on peut conserver certaines réserves au point de vue de la mise en jeu des manœuvres d'hypnotisation. Une remarque nous a toujours paru capitale en la circonstance. Parmi les nombreuses affections nerveuses que tout médecin a l'occasion de traiter, la plus fréquente peut-être, est la neurasthénie, qui, soit dit en passant, bien que très repandue n'a été décrite en France pour la première fois que par M. Huchard dans sa reédition du traité des névroses d'Axenfeldt.

On sait qu'il s'agit là, selon les hypothèses les mieux fondées, d'une de ces maladies sans lésions organiques appréciables qu'on appelle des névroses. Il semblerait donc *a priori* que la suggestion hypnotique devrait être toute puissante pour dissiper ces désordres fonctionnels d'une ténacité presque aussi désespérante pour le médecin que pour le malade.

Eh bien ! il n'en est rien en réalité, et les adeptes les plus enthousiastes de la psychothérapie, sont presque unanimes à reconnaître le peu d'efficacité de la méthode chez les neurasthéniques. De l'emploi de la suggestion à l'état de veille, je ne parlerai point ; les médecins de tous les temps l'ont toujours pratiquée, et il nous paraît au moins inutile de décorer d'un titre thérapeutique le plus ou moins de confiance inspirée au malade par le médecin, bien que nous soyons loin de nier cette réelle influence.

Quant aux indications de la suggestion hypnotique, elles existent en un certain nombre de cas ressortissant surtout à l'hystérie monosymptômatique, ainsi que j'ai déjà eu occasion de l'établir dans un travail antérieur (1).

Malgré que le champ d'action de cette thérapeutique nous semble plus limité qu'il ne le paraît à beaucoup d'auteurs, nous n'en possédons pas moins dans l'hypnotisme un agent d'une merveilleuse activité, qu'on aurait tort de négliger lorsqu'on se croit autorisé à l'employer.

Il importe toutefois d'être prévenu que le passage est possible de l'hypnotisme à l'hystérie, car souvent la transformation s'effectue dès les premières manœuvres, qui, au lieu d'aboutir au sommeil hypnotique, provoquent une attaque d'hystérie; il est facile de concevoir alors l'embarras du praticien en présence d'un semblable résultat.

(1) *Revue de clinique et de thérapeutique*, 1889, p. 768.

(1) *Bulletin médical*, 24 juillet 1889.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

De la pulvérisation phéniquée dans le traitement des lymphangites et phlegmons diffus des membres

par M. le Dr Edouard Schwartz

Chirurgien de l'hôpital Cochin, professeur agrégé à la Faculté de médecine

Nous avons eu à traiter, dans ces trois derniers mois, deux cas très graves de lymphangite et de phlegmon diffus de toute la longueur des membres inférieurs ; les accidents ont cédé à la pulvérisation phéniquée appliquée rigoureusement. Quoique ce moyen thérapeutique soit connu depuis les travaux du professeur Verneuil, qui en a démontré tous les avantages et les bienfaits, il nous a paru néanmoins intéressant de vous rapporter nos deux faits à l'appui d'une manière de faire qui n'est peut-être pas encore assez connue et répandue (2).

(2) *Société médico-pratique*, séance du 9 février 1891.

Digitized by Google

Voici d'abord les observations de nos deux malades :

Dans la première, il s'agissait d'un garçon laitier de vingt-neuf ans, de Villiers-sur-Marne, qui entre à la Maison municipale de santé, le 10 novembre dernier, pour des accidents graves du côté du membre inférieur gauche. Très robuste, bien portant, il s'était fait, trois semaines avant, une écorchure au pied gauche, à laquelle il n'avait prêté aucune attention. Il y a quelques jours, il fut pris de violents frissons, de céphalalgie, d'inappétence ; en même temps, des traînées rougeâtres se dessinaient sur la face interne et postérieure de la jambe, puis de la cuisse, accompagnées d'un gonflement considérable.

Voici ce que nous constatons, à l'entrée : état général grave ; température oscillant entre 39 degrés et 40°5, le soir ; langue sèche ; pouls fréquent et misérable ; facies tiré et jaunâtre. L'examen local nous montre : au pied, la trace de l'écorchure porte d'entrée du mal ; celui-ci est peu atteint ; par contre, la jambe et la cuisse sont gonflées, sillonnées de traînées rougeâtres de haut en bas, en arrière et surtout en dedans. Il existe un œdème considérable et de la fluctuation dans toute la région postérieure du mollet et le long de la face externe du genou et de la cuisse. Il existe là des collections purulentes manifestes. L'examen des urines ne révèle ni sucre ni albumine ; le malade n'a pas les apparences d'un alcoolique. Diagnostic : lymphangite et phlegmon diffus panniculaire de la jambe et de la cuisse. Nous pratiquons aussitôt une incision, longue de 10 centimètres, le long de la face externe du genou. Elle nous montre tout le tissu cellulaire sous-cutané infiltré de pus, et la sonde cannelée conduit dans une énorme collection située dans le mollet et qui nécessite une large contre-ouverture en arrière. En haut, toute la cuisse est infiltrée ; de même en arrière et au niveau de la face externe ; nous pratiquons encore trois incisions verticales qui ouvrent trois gros foyers non encore complètement collectés ; des drains sont placés partout et permettent de faire des lavages avec du chlorure de zinc au 1/100.

Nous prescrivons le sulfate de quinine à l'intérieur à la dose de 1 gramme et une potion de Todd purgatif, le blessé n'ayant pas été à la selle depuis plusieurs jours. Le pansement est fait avec des compresses trempées dans la liqueur de van Swieten dédoublée, recouvertes de taffetas imperméable et maintenues à l'aide d'une bande de tarlatane.

Ce traitement, continué pendant deux jours, n'empêche pas la lymphangite et le phlegmon diffus de s'étendre en haut, en dehors et en arrière ; la température reste élevée, 39°5 à 40 degrés ; la langue reste sèche ; les plaies de la cuisse, du genou et de la jambe sont blafardes et sécrètent un pus abondant ; les décollements augmentent et nécessitent deux nouvelles incisions à la cuisse et l'augmentation de celle de la face externe du genou. Je fais alors, au niveau de la racine de la cuisse, des scarifications au bistouri, à la limite de la rougeur ; j'en fais autant sur la fesse, au niveau de la hanche. Pansement au sublimé à 1/2000 et j'installe deux fois par jour un pulvérisateur à vapeur qui, pendant une heure chaque fois, projette de la vapeur additionnée d'eau phéniquée au 1/40e sur toute la longueur du membre. Très rapidement, en l'espace de deux à trois jours, les larges surfaces mises à nu par les incisions se détergent ; on retire par elles de vrais écheveaux de tissu cellulaire gangrené ; en dessous, le bourgeonnement commence ; la rougeur de la peau diminue, et le processus s'arrête en même temps que la température baisse et que l'état général s'améliore.

Le 25 novembre, 15 jours après l'entrée du malade dans le service, tous les phénomènes ont disparu, mais il reste d'énormes plaies étalées résultant des incisions dont les bords se sont écartés, et que nous greffons les unes, avec de la peau du sujet, les autres, avec de la peau de grenouille. Ces greffes, appliquées par mon interne M. Vialet, prennent presque toutes et le processus de cicatrisation marche assez rapidement pour que M. X. puisse quitter la Maison de santé à la fin de décembre. Nous le revoyons le 8 février, complètement guéri mais conservant encore de l'atrophie musculaire et un peu de raideur des articulations du membre inférieur.

La seconde observation concerne un homme de 59 ans. Renversé le 28 novembre 1890 par une voiture de place. On m'appelle 24 heures après l'accident. Je constate une fracture du col anatomique de l'humérus gauche avec un gros épanchement sanguin ; le blessé n'attire pas alors mon attention sur trois à quatre éraillures situées à la face interne de la jambe gauche près du genou. Nous appliquons immédiatement un bandage silicaté maintenant le bras droit dans l'immobilité et dans la situation convenables. Quelques jours après je suis rappelé pour des accidents douloureux du côté de la jambe. Le blessé a été pris d'une douleur excessivement violente à ce niveau avec élancements ; la fièvre s'est allumée, la température est montée à 39° 5. Je constate la présence au niveau de la face interne du genou et de la partie supérieure de la jambe d'une collection liquide qui ne peut être autre chose que du pus. Large incision au bistouri ; il s'écoule un liquide séropurulent. Pansements humides après nettoyage de la cavité à la liqueur de van Swieten, avec de la gaze trempée dans une solution étendue de sublimé à 4000. Le lendemain, les accidents ont encore augmenté ; la rougeur s'est étendue en bas et en haut ; je trouve que toute la peau de la jambe jusqu'au niveau du talon et toute celle de la cuisse jusqu'au niveau de sa partie moyenne est décollée et je pratique plusieurs incisions espacées. Nettoyage des foyers avec de la liqueur de Van Swieten. L'état général reste mauvais ; la langue est sèche, le malade souffre, a un peu de subdélirium. Les deux jours suivants, malgré de nouvelles incisions et le sulfate de quinine à haute dose, les lésions s'étendent du côté de la fesse et du dos. J'institue alors la pulvérisation phéniquée avec une solution au 1/60e, cela pendant trois heures par jour en trois séances. A partir de ce moment, l'état général et local s'améliore, les plaies se détergent, le pus devient louable, le bourgeonnement commence et le blessé s'alimente un peu. On surveille de près les urines qui, à aucun mo-

Digitized by Google

ment, ne présentent une teinte noire verdâtre. Les pulvérisations ne sont faites que sur le membre inférieur.

Du côté du dos et de la région lombaire, il se produit deux grandes escharres. La température tombe à 37 et 38. Le blessé se nourrissant peu et suppurant abondamment, je lui fis à trois reprises différentes une injection sous-cutanée de dix grammes de sérum artificiel. Actuellement il est hors de danger, la cicatrisation des plaies du membre inférieur est terminée, il ne reste plus à se fermer que les plaies résultant de la chute des escharres.

C'est là certes un des cas les plus graves que j'ai eu à traiter et je dois avouer que j'étais très perplexe sur son issue et que j'agitais la question de l'amputation, quand je me suis décidé à appliquer la pulvérisation. J'étais d'autant plus inquiet qu'au début de l'année dernière, j'avais perdu un malade, alcoolique il est vrai, atteint de phlegmons diffus de la jambe et chez lequel les profondes cautérisations au fer rouge n'étaient pas arrivées à enrayer les phénomènes septiques. Je m'étais très bien trouvé déjà de la pulvérisation dans les cas de moignons impossibles à réunir par suite d'amputation dans des parties envahies par la suppuration, comme nous avons eu l'occasion d'en pratiquer deux tout récemment sur le membre supérieur.

Comment expliquer le mécanisme de l'action de la pulvérisation ? Pour notre compte, nous croyons qu'elle agit comme un bain prolongé antiseptique sur les parties infectées et qu'elle pourra être employée avec avantage chaque fois qu'il n'y aura pas moyen d'employer la balnéation continue. (Racine du membre supérieur, tronc, etc.).

Voici comment elle doit être installée. On met bien à découvert sur un tissu imperméable les parties sur lesquelles elle doit agir en ayant soin de les placer de telle façon que l'eau phéniquée pulvérisée s'écoule facilement et ne baigne pas le membre ; on protège toutes les autres régions à l'aide de linge ou encore mieux à l'aide de taffetas ou d'une toile caoutchoutée, qui forme écran et empêche le jet d'inonder le lit du blessé et de le refroidir. Cela fait, on installe à une distance d'un mètre environ, suivant la longueur de la partie à pulvériser, un ou deux pulvérisateurs, modèle moyen de Collin, que l'on charge avec de l'eau phéniquée au 1/40e, ou 1/60e ou 1/80e suivant l'énergie que l'on veut donner au moyen thérapeutique. La pulvérisation doit durer chaque fois de une heure à une heure et demie et être renouvelée jusqu'à trois fois par jour, en ayant soin de bien examiner toujours la couleur des urines et de faire attention au moindre symptôme de l'intoxication phéniquée.

On diminuera bien entendu le nombre et la durée des séances ainsi que la concentration du liquide du pulvérisateur au fur et à mesure que les accidents s'amenderont.

S'il se produisait en quelques points de l'érythème phéniqué ou toute autre éruption, on les protégerait directement et on y appliquerait une vaseline préparée *ad hoc*.

Faite dans ces condition, la pulvérisation phéniquée est vraiment un excellent moyen, qui permet d'arrêter et de modifier rapidement les processus septiques graves. Elle doit être combinée dans tous les cas avec les larges débridements et les pansements humides antiseptiques.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

I. *Des procidences méconnues du cordon ombilical.* — II. *Prolapsus de l'utérus gravide.* — III. *Technique de l'opération césarienne moderne.* — IV. *De l'iode employé en obstétrique comme antiseptique.*

I. **Des procidences méconnues du cordon ombilical.** — Bien souvent, dans le cours d'un accouchement qui a paru jusqu'alors normal, on s'aperçoit que les battement du cœur fœtal se ralentissent, que du méconium teint en vert le liquide anmiotique. On est prévenu par ces signes que le fœtus souffre, on termine rapidement l'accouchement et l'on parvient à extraire un enfant vivant. D'autres fois, tout a marché normalement, la tête est descendue dans l'excavation sans pousser devant elle le cordon ombilical; elle bouche le canal vaginal, et empêche le liquide amniotique de s'écouler ; d'autre part, les contractions utérines presque continuelles empêchent d'entendre les battements du cœur fœtal; on est privé ainsi de renseignements; on a porté un pronostic favorable et l'enfant naît en état de mort apparente, quelquefois il a souffert à tel point qu'on ne peut le ranimer immédiatement après la sortie de la tête; on a trouvé au niveau du cou un circulaire lâche du cordon; ce circulaire est la cause de tout le mal; on ne peut pas incriminer « l'étranglement du fœtus » comme on l'a dit autrefois, puisque le cordon était très peu serré autour du cou. La vraie cause des accidents est la compression de l'anse funiculaire ainsi formée entre la tête et les parois de l'excavation pelvienne. Il y a eu non pas procidence à proprement parler, mais *laterocidence* selon l'expression employée par M. Pellisson dans un intéressant travail.

Ce sont là des procidences incomplètes qui peuvent se produire quand les membranes sont rompues, et que la dilatation est complète.

« Cette procédence restant sur les côtés de la tête, peut être méconnue.

L'auscultation pratiquée souvent permettra de soupçonner une existence; aussi ne faut-il pas négliger de la répéter souvent pendant toute la période d'expulsion. On peut essayer de toucher pour compléter son diagnostic.

Si les bruits du cœur indiquent que l'enfant souffre, il faut terminer l'accouchement le plus vite possible.

Le forceps étant appliqué, s'efforcer de ne point prendre le cordon entre les cuillers de l'instrument ». (Pellisson).

II. **Prolapsus de l'utérus gravide.** — C'est là un sujet peu connu des anciens accoucheurs; ça et là, la litté-

Digitized by Google

rature contient quelques exemples de prolapsus de l'utérus gravide, mais il faut arriver à la période moderne pour trouver des renseignements satisfaisants. Huguier, Gueniot, Schultze, Hüter sont les auteurs qui ont surtout étudié les faits qui nous occupent. On trouve des documents intéressants et tout à fait à l'ordre du jour dans les thèses de MM. Gorodicht et Faivre.

Les causes du prolapsus en général sont principalement la grossesse elle-même qui agit en relâchant les ligaments suspenseurs de l'utérus; elle agit surtout chez certaines femmes dont les tissus paraissent avoir une laxité toute particulière; c'est ainsi qu'on note la coïncidence fréquente du prolapsus et des hernies. A côté de la gestation, il faut encore citer la chute du vagin, la retroversion utérine, et l'allongement hypertrophique du col. Il est assez commun d'observer des femmes qui ont des alternatives de rétroversion et de prolapsus; le prolapsus réduit donne naissance à la retroversion et réciproquement, et ce fait peut se produire pendant la grossesse. L'accouchement favorise puissamment le prolapsus chez les femmes prédisposées; le forceps appliqué lorsque le col est insuffisamment dilaté abaisse facilement l'utérus et tire violemment sur ces ligaments. L'expulsion du fœtus détermine assez souvent des déchirures larges du périnée; or, cette sangle musculaire est en quelque sorte la base de sustentation de la matrice; une fois déchirée, diminuée de consistance, elle permet à l'organe gestateur de céder à la pression des organes abdominaux.

M. Faivre reconnaît trois degrés au prolapsus de l'utérus gravide.

« Dans le premier, le col vient affleurer à la vulve mais sans faire hernie au dehors;

« Dans le second, le col seul sort à travers la fente vulvaire;

« Dans le troisième, une partie plus ou moins grande du corps fait saillie au devant des grandes lèvres et présente un volume variable. » (Faivre).

Le volume de l'utérus procident est variable, sa forme est celle d'un cône à grosse extrémité dirigée en bas. Harvey la comparait à un scrotum de taureau. La couleur de la masse qui sort à travers la vulve est rouge, rose ou brune; la surface de cette masse est ulcéréo, elle présente de chaque côté une empreinte longitudinale laissée par la face interne des cuisses. La consistance est en général assez ferme. Le col est souvent œdematié, mais perméable, fréquemment il a complètement disparu.

La cystocèle et la rectocèle accompagnent ordinairement le prolapsus; le fond de l'utérus est plus ou moins abaissé.

Toute cette série de phénomènes objectifs s'accompagne de douleurs souvent vives, non pas au niveau même de la masse prolobée, mais à distance, dans les reins en particulier. La miction est difficile.

La grossesse peut reproduire un prolapsus guéri, l'augmenter ou au contraire le guérir, fait plus rare et plus singulier.

De son côté, le prolapsus peut influencer plus ou moins la marche de la grossesse; l'avortement, l'accouchement prématuré ont été observés.

Au moment du travail, la dilatation du col peut être retardée; l'orifice est, en effet, souvent en état de rigidité; le vagin œdématié; de façon que la tête est absolument arrêtée dans sa descente.

A part la question de l'avortement, la santé et la vie de l'enfant sont compromises par le prolapsus. La mère est exposée à des déchirures du col et à des hémorragies.

Que faire en présence d'un prolapsus de l'utérus gravide? Pendant la grossesse, recommander le repos, favoriser ou même opérer la réduction de l'organe déplacé, à condition que le volume de l'utérus ne soit pas trop considérable. Prescrire des lavages et des injections.

Pendant le travail, éviter les trop grands efforts, donner du chloroforme et faire contenir l'utérus par un aide. Si le col est rigide, ordonner les grands bains chauds et prolongés; au besoin, essayer de dilater l'orifice avec les doigts, mais procéder avec précaution pour éviter les déchirures. Terminer l'accouchement par la version, le forceps, ou, dans les cas extrêmes, par la crâniotomie. Ne pas tarder à faire la délivrance artificielle et prendre toutes les précautions antiseptiques.

III. **L'opération césarienne moderne.** — On s'est beaucoup occupé de la technique de l'opération césarienne dans ces derniers temps. Diverses modifications ont été tour à tour proposées et rejetées. Si bien que le praticien peut être embarrassé pour le choix des procédés et l'emploi des moyens. Le Dr Potocki (1), dans un excellent travail, vient de fixer tous les détails de l'opération césarienne simple ou suivie de l'amputation de l'utérus. Tous les temps de l'opération sont soigneusement et minutieusement décrits, et le praticien n'a qu'à suivre méthodiquement les indications de ce mémoire pour faire une opération parfaite.

Parmi les points principaux, citons la nécessité de n'employer qu'un petit nombre d'aides: un assistant direct, un chloroformisateur, une personne qui se chargera de l'enfant et deux infirmières; en tout, six personnes, y compris l'opérateur. Les antiseptiques préconisés sont le sublimé et l'acide phénique pour la désinfection des instruments, des mains et du champ opératoire, et l'iodoforme pour le pansement.

Un point que l'on peut discuter est le suivant: l'incision de la paroi abdominale, dit l'auteur, commence au-dessus de l'ombilic et est continuée jusqu'à deux

(1) Potocki. — Opération césarienne moderne, Paris, 1890.

Digitized by Google

travers de doigt du pubis, jamais plus bas. Deux travers de doigt seulement au-dessus du pubis! C'est bien peu; il faut prendre garde de ne pas blesser la vessie qui, chez la femme enceinte, est souvent déplacée et remontée. Je sais bien qu'aujourd'hui la blessure de cet organe n'est plus redoutée et qu'une suture est bien vite faite. Encore est-il qu'il faille éviter cette lésion autant que possible.

Une autre raison, encore, fait que nous préférerions reporter l'incision abdominale plus au-dessus du pubis. C'est la grande difficulté de tenir la vulve, le vagin et le pubis parfaitement aseptiques dans les jours qui suivront l'opération. Il faut s'écarter autant que possible de cette source d'infection.

Enfin, le Dr Potocki recommande de ne pas inciser le segment inférieur de l'utérus; raison de plus pour que l'incision de la paroi abdominale ne descende pas aussi près du pubis, engageant en quelque sorte le chirurgien à faire descendre de même l'incision utérine.

IV. **De l'iode employé comme antiseptique en obstétrique.** — Sous l'impulsion de M. Tarnier, des recherches ont été entreprises après les siennes, à propos de la valeur clinique des divers antiseptiques dans les accouchements. Mlle Mendelsohn (1) a étudié l'iode. Elle est arrivée à des conclusions très favorables à l'emploi de cet antiseptique. Très puissant, il pourrait, selon l'auteur, être placé non loin du sublimé; il serait d'un emploi facile et ne présenterait que peu d'inconvénients. Il a celui de colorer les mains de l'accoucheuse et les parties génitales de l'accouchée; de plus, il tâche le linge en violet; et cette teinte est difficile, même impossible à faire disparaître. Notons enfin qu'on ne peut guère répéter souvent les injections iodées, car elles deviennent rapidement douloureuses.

Dr Demelin.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

DERMATOLOGIE

Traitement de l'impétigo chez l'enfant, par M. E. Gallois. Notre confrère adopte pour base du traitement le pansement occlusif dépassant les limites du mot et pour topique le taffetas à l'ichtyol ou le collodion iodoformé appliqué au pinceau (*Dauphiné Méd.*, janvier 1891, p. 4).

Au cuir chevelu on réalise cette indication soit au moyen d'un bonnet de caoutchouc, soit par l'emploi d'un corps gras de consistance appropriée: axonge balsamique, cérat boriqué, vaseline avec addition de cire, etc., etc. Les deux moyens peuvent être employés simultanément, c'est-à-dire que le bonnet de caoutchouc peut être appliqué sur la tête préalablement enduite du corps gras.

Sur certains points de la face le traitement par les corps gras est seul applicable. Il est utile alors d'employer une pommade antiseptique, iodoformée ou tout au moins boriquée à 1/10e. Dans tous les cas on devra s'être tout d'abord débarrassé des croûtes par l'enveloppement avec le caoutchouc et un savonnage sérieux. Il sera toujours utile de faire prendre à l'enfant un bain par semaine avec: bichlorure de mercure, 2 grammes pour un bain de cinquante à soixante litres. Après le bain tous les vêtements seront remplacés par des vêtements neufs ou désinfectés. Les ongles seront brossés avec soin pour éviter les réinoculations par le grattage. S. R.

De l'eczéma séborrhéique des lèvres, par M. W. Dubreuilh. — On connait le caractère récidivant de cette affection et l'insuccès des traitements employés pour la combattre. (*Journal de Méd. de Bordeaux*, 25 janv. 1891).

L'auteur a employé avec succès l'application bi-quotidienne de la pommade suivante:

Oxyde de zinc.....	8	grammes
Soufre lavé.....	4	—
Acide salicylique.....	1	—
Vaseline.....	40	—

Il va sans dire que le traitement doit être complété par une médication arsenicale dont l'action sans être spécifique n'en est pas moins favorable. S. R.

MÉDECINE

La pseudo-coqueluche, par M. G. Guidi. — La pseudo-coqueluche, tel est le nom sous lequel le Dr G. Guidi décrit une toux à forme paroxystique et spasmodique (toux coqueluchoïde) qui a certaines allures de la coqueluche vraie (*Congrès italien de pédiatrie*. Rome, 1890). Il en a observé un assez grand nombre pendant l'épidémie d'influenza, précédée elle-même d'une épidémie de coqueluche vraie. Les caractères cliniques qui permettent de la distinguer de cette dernière sont: la courte durée des accès, leur plus grande fréquence la nuit que le jour, la rareté des vomissements, des signes plus ou moins marqués et disseminés de bronchites à l'examen de la poitrine, la fréquence assez grande même chez les adultes (22 0/0), l'absence d'hémorragies, d'expectoration filtrante, l'existence au contraire de crachats muco-purulents, l'absence du bacille d'Afanasieff. Dans cinq autopsies on n'a rencontré aucune lésion du pharynx, ni du larynx. Le traitement de choix consiste dans les antispasmodiques, bromures et les balsamiques, tandis que le traitement local paraît nuisible, contrairement à ce qu'on voit dans la coqueluche vraie.

La toux coqueluchoïde que Gueneau de Mussy nous a fait connaître, la pseudo-pertussis de l'auteur italien n'est qu'un symptôme indiquant l'irritation réflexe du pneumogastrique par suite d'irritation directe des ganglions lymphatiques, par exemple, ou indirectement comme dans l'hypertrophie de la muqueuse nasale, ainsi que le Dr Fasano en citait un cas, guéri par l'excision de la membrane, mais enfin il est bon de penser à cette variété de toux pour le diagnostic. H. G.

Du tic douloureux, son étiologie, son traitement, par M. L. Dana. — L'auteur qui admet que les névralgies du trijumeau ont pour origine une exostose, un anévrysme ou une tumeur syphilitique, exclut volontiers la névrite et la dégénérescence nerveuse quand il s'agit de l'étiologie du tic douloureux. (*Journal of nervous and mental diseases*, 1891, n° 1).

Cette affection aurait pour cause une artérite et un trouble de la nutrition des nerfs; car, ajoute t-il, elle s'observe à l'âge de l'athérome, affecte primitivement l'une des branches terminales du nerf maxillaire interne et, si elle s'étend secondairement, le nerf dentaire inférieur. Trois fois dans quatre autopsies on a trouvé, de plus, une lésion artérielle et l'absence de toute altération du nerf.

Enfin, l'efficacité du traitement artériel justifie ces prémisses. La nitroglycérine diminue parfois la douleur rapide-

(1) Mendelsohn. — *Thèse de Paris*, 1890.

Digitized by Google

ment et cette amélioration persiste. L'aconit qui apporte un soulagement est aussi un médicament qui abaisse la tension artérielle. S. R.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la blennorrhagie aiguë par les injections de carbonate de soude, par M. A. Castellan. — Il y a quatre ans l'auteur proposait ce traitement basé sur ce fait que le pus blennorrhagique serait autre et que vraisemblablement l'acidité et la virulence sont corrélatives l'une de l'autre. (*Archives de méd. navale.*, février 1891).

A l'appui de ces assertions, M. Castellan cite 33 cas où il a obtenu 33 guérisons dans l'espace de 20 jours et en employant des injections de solution de bicarbonate de soude à 1 p. 100. C'est donc un traitement à mettre à l'essai; car, outre l'avantage de l'économie de prix, le bicarbonate de soude n'est point toxique. S. R.

Chlorhydrate d'orexine comme médicament hyperchlorhydrique, par M. Kronfeld. — Vantée comme une panacée de toutes les affections de l'estomac, cette substance aurait quelque valeur, comme excitant la secrétion de l'acide chlorhydrique. M. A. Kronfeld a étudié à ce point de vue (*Wiener kliniche Wochenschrift* 1891, nos 3 et 4).

L'examen du suc gastrique se pratique sans cathétérisme : le sujet en expérience avale une petite olive creuse en argent percée de trous et attachée à un fil. Dans l'olive se trouvent un peu de ouate hydrophile et du papier réactif; on laisse l'olive cinq minutes dans l'estomac, puis on la retire à l'aide du fil; le papier indique la réaction; l'ouate exprimée permet avec les quelques gouttes qui en sortent d'essayer quelques réactions et principalement celle de la phloroglycine vaniline.

Chez onze sujets mis en expérience, la réaction du papier réactif était nulle, sauf dans trois cas, mais dans ces trois cas positifs la réaction était encore nulle chez deux sujets. A une autre épreuve, la phloroglycine vaniline ne donna la réaction de l'acide chlorhydrique dans aucun cas. Après l'administration du chlorhydrate d'orexine et dans les mêmes conditions que précédemment le papier rougit chaque fois, la phloroglycine vaniline donna six résultats positifs contre quatre négatifs. Les sels d'orexine agissent peut-être sur la contractilité stomacale mais ce fait reste à prouver.

On peut prescrire ce remède, de préférence en cachets à la dose minima de 0 gr. 30 centigrammes par cachet, jusqu'à 0 gr. 50 centigrammes, répétée au besoin deux ou trois fois par jour, Prise bien avant le repas, le matin, on obtient le résultat au repas de midi. En pilules on prescrira :

Chlorhydrate d'orexine	2 grammes
Extrait de gentiane.....	q. s. pour 20 pilules.
Poudre de racine d'althéa.....	

Chaque pilule contient 0 gr. 10 centigrammes, on en donnera donc de trois à neuf par jour.

Les indications découlent de l'action même de la substance, de même les contre-indications : l'ordonner dans les hypochlorhydries; s'en bien garder dans les hyperchlorhydries.

H. G.

REVUE DES THÈSES

Manifestations pleurales de la grippe, par le Dr Baboun. (*Thèse de Paris*, 1890).

Dans la forme thoracique de la grippe, les inflammations pleurales sont nombreuses, fréquentes et très dissemblables les unes des autres; il importe donc d'établir une classification entre elles, suivant leur marche clinique et les nouvelles découvertes de la bactériologie; nous verrons, en effet, que le pronostic et le traitement diffèrent pour chacune de ces manifestations. — L'auteur a établi cette division dès le début de son travail, ce qui en rend la lecture très facile. Nous nous permettrons une légère critique : à propos des pleurésies purulentes, il nous semble ne pas avoir assez insisté sur diverses autres manifestations concomitantes, telles que les otites, méningites, péricardites... qui montrent bien le caractère infectieux de la maladie, et contribuent pour leur part à mettre la vie du malade en danger.

La pleurésie sèche se montre d'ordinaire à la période moyenne de la grippe; elle accompagne les poussées congestives vers le poumon et s'accuse par un point de côté sous-mamelonnaire extrêmement vif, surtout quand l'inflammation siège à la base. Les frottements pleuraux se font entendre avec leurs caractères de bruits râpeux, parcheminés aux deux temps de la respiration.

Il n'est pas rare qu'une mince lame d'épanchement se produise au niveau du cul-de-sac costo-diaphragmatique, mais cette couche est très mince, se révèle par une matité légère en arrière, et se résorbe avec la plus grande facilité dès que les phénomènes inflammatoires sont amendés.

La pleurésie avec épanchement est assez commune, elle se montre en général vers la fin de la première semaine dans les grippes de moyenne intensité. Son début est caractérisé par une recrudescence de la fièvre, par de la cephalalgie, un malaise général, des douleurs thoraciques, de la dyspnée. Ses caractères cliniques ne diffèrent pas de ceux de la pleurésie aiguë séreuse ou sero-fibrineuse. L'épanchement arrive rapidement à son maximum, mais il est rare qu'il remplisse la plèvre. Au bout de quelques jours les symptômes inflammatoires disparaissent et l'épanchement entre en voie de résolution; l'auteur en cite un exemple où celle-ci était complète vers le 15e jour. Il n'est donc pas nécessaire d'avoir recours à la thecacentèse, sauf de rares exceptions. Il en est de même dans la forme suivante.

Un malade atteint depuis plusieurs jours d'une grippe plus ou moins intense avec céphalalgie, courbature, phénomènes nerveux, présente subitement une chute de la température et ressent une sensation de bien-être qui annonce la convalescence. On ausculte la poitrine qui renferme du liquide en quantité relativement considérable, or la présence du liquide n'était pas constatée la veille ni les jours précédents; il s'agit là d'un épanchement rapide, presque subit coïncidant avec une amélioration très notable de l'état général; il persiste un jour ou deux, puis disparaît aussi rapidement qu'il s'est formé.

Cette forme est rare en ce qui nous concerne, nous ne l'avons jamais rencontrée ni entendu signaler à la dernière discussion de la Société médicale des hôpitaux.

Les pleurésies purulentes sont celles qui ont été le plus étudiées dans ces derniers temps. Il en existe deux formes; 1° la pleurésie purulente meta-pneumonique; 2° la pleurésie purulente d'emblée.

La pleurésie purulente meta-pneumonique, comme son nom l'indique, est un épiphénomène des inflammations aiguës du parenchyme pulmonaire, ne s'accompagne pas de phénomènes généraux graves; l'épanchement est constitué par un pus crémeux, épais dans lequel on ne trouve que des pneumocoques. Elle peut se terminer par vomique ou fistule pleuro-cutanée. La ponction simple suffit quelquefois à la guérir; mais lorsqu'il existe des symptômes annonçant une infection au début, il est préférable de pratiquer l'empyème.

La pleurésie purulente d'emblée est une complication grave de la grippe: moins fréquente que la forme précédente, elle est souvent accompagnée d'otite, de méningite, péricardite et même de péritonite. Il s'agit donc d'une infection profonde de l'organisme, probablement causée par le streptocoque que l'on

Digitized by Google

retrouve dans ces diverses suppurations. L'empyème doit être fait dès que la présence du pus est signalée. La guérison est toujours longue à survenir.

D. H. Marciguey.

La folie d'origine cardiaque, par M. le Dr Jules Fauconnier (*Thèse de Paris*, 1890).

Question fort intéressante au double point de vue de la clinique et de la médecine légale. Car, les troubles psychiques dus aux diverses cardiopathies sont assez constants et identiques à eux-mêmes dans les différents cas pour former un syndrôme clinique auquel on peut donner le nom de folie cardiaque. Parmi ces symptômes, comme le fait remarquer l'auteur, on constate souvent des impulsions qui peuvent devenir irrésistibles et par conséquent atténuer ou même annuler la responsabilité de l'individu.

Cette question a été autrefois magistralement traitée par Saucerotte, en 1844 (*de l'influence des maladies du cœur sur les fonctions intellectuelles et morales de l'homme*), puis par Morel, en 1852, puis, dans les thèses de Hirtz (1877), Limbo (1878) et d'Astros (1880). Ces accidents de la folie cardiaque peuvent se développer d'une façon lente et chronique, ou, au contraire, d'une façon secondaire et imprévue. Enfin, ils peuvent apparaître à toutes les périodes de l'affection cardiaque, et jusque dans les crises asystoliques. Le pronostic est favorable, en ce qui concerne un avenir prochain, mais il est défavorable en ce sens, que la cause matérielle de ces troubles cérébraux persistant toujours, ceux-ci ont une tendance à se reproduire, d'où possibilité de l'affaiblissement intellectuel et de la démence qui peut en être la conséquence. Le traitement de ces accidents est variable, suivant même la pathagénie variable des accidents cérébraux. Il y a lieu d'instituer, suivant les cas, un traitement contre la congestion ou l'anémie cérébrale. C'est ainsi qu'une saignée générale, l'emploi de la digitale, de l'opium ou de la morphine (ces derniers accidents contre l'anémie cérébrale). Enfin, dans les cas graves, il ne faut pas hésiter à conseiller l'isolement et l'internement des malades dans une maison d'aliénés.

R. D.

Sur la valeur pronostique de l'albuminurie cardiaque, par M. le Dr A. Sandras (*Thèse de Paris*, 1890).

Dans ce travail inaugural, aucun fait bien nouveau à signaler. L'auteur a raison d'établir une distinction importante au point de vue du pronostic entre l'albuminurie cardiaque *passagère* et l'albuminurie *permanente* ou de longue durée. « La présence *constante* de 0,50 centigr. d'albumine est bien autrement grave que la constatation *fortuite* de deux ou trois grammes. »

R. D.

CHRONIQUE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

A propos du service militaire des étudiants en médecine

Dans le numéro du 11 février dernier de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, on a lu les arguments que les Facultés de médecine font valoir, un peu tardivement, pour obtenir une modification de la loi militaire actuelle, en faveur des étudiants en médecine appelés sous les drapeaux.

On a lu, également, la réponse du *Progrès militaire* à ces doléances.

L'Université se plaint de ce que l'on impose aux étudiants une année de service régimentaire et même, — on l'a dit — « de maniement d'armes. »

Le *Progrès militaire* répond à M. Brouardel et au Conseil général des Facultés que la loi a voulu, par ces dispositions, donner aux « fruits secs » une instruction suffisante et leur permettre de marcher le fusil sur l'épaule avec leur « classe dans le cas de mobilisation ».

Il semble cependant, qu'au lieu de récriminer sur ce point, il y aurait avantage à consulter l'instruction ministérielle et de savoir ce qui se passe dans les régiments où ces jeunes gens font leur service. En tous cas cela serait plus instructif que les réclamations platoniques que l'Université songe à formuler si tardivement. On aurait, en effet, évité ce débat, en consultant le document suivant qui est daté du 7 octobre 1890, publié dans le *Bulletin officiel du ministère de la guerre* (partie réglementaire, p. 191) et intitulé : *Décision ministérielle fixant les conditions dans lesquelles les étudiants en médecine et en pharmacie accompliront leur année de service.*

Sans grand effort de recherches, on y lit, en effet, en substance :

« Les étudiants en médecine, quel que soit le nombre de leurs inscriptions, seront, *pendant les six premiers mois de leur présence* sous les drapeaux, exclusivement soumis aux obligations de service imposées aux hommes de leur classe.

» A partir du second semestre, ils suivront les cours et exercices spéciaux aux infirmiers et brancardiers régimentaires et des conférences sur le service de santé en campagne. Cette instruction leur sera donnée, en dehors des exercices militaires, par les médecins des régiments.

» Pendant les manœuvres en pays de montagne, un certain nombre d'étudiants en médecine, pris parmi ceux qui posséderont le plus d'inscriptions et auront fait preuve des connaissances nécessaires, seront attachés aux bataillons alpins; ils y rempliront les fonctions de médecins auxiliaires.

» Pendant la période de quatre semaines qui précédera leur passage dans la réserve, ces jeunes gens suivront dans les hôpitaux militaires désignés par les commandants de corps d'armée des cours et des exercices professionnels. »

Cette décision, fort sage, répondait donc, par avance, aux scrupules universitaires. Elle devrait aussi tempérer l'ardeur des admirateurs d'une loi, nécessaire sans doute, mais, à coup sûr, trop exclusive à l'égard des étudiants en médecine.

Les revendications du Conseil des Facultés ne s'exerceraient-elles pas plus utilement sur le point suivant.

Cette loi est, dit-on, une loi égalitaire ; c'est l'argument favori de ses partisans. Soit. Il faudrait alors qu'elle le fût dans tous ses effets. En est-il ainsi ?

Un jeune homme se destinant aux études médicales demande à devancer l'appel par voie d'engagement à dix-huit ans ? — « Très bien, lui répond-on ; on acceptera votre engagement ; seulement, vous contracterez l'*obligation d'accomplir vos trois années de service consécutivement.* »

S'agit-il d'un aspirant aux grandes écoles professionnelles ? — La circulaire du 22 septembre 1890 (*Bulletin officiel du Ministère de la guerre*, partie réglementaire, p. 887) se montre plus clémente :

« Les élèves de l'Institut agronomique, dit-elle, des écoles nationales de Grignon, de Grandjouan, des écoles vétérinaires d'Alfort, de l'Ecole des haras du Pin, de l'Ecole des Mineurs de Saint-Etienne, etc., etc., peuvent, à dix-huit ans, contracter

Digitized by Google

un engagement de trois années, *avec faculté d'être envoyés en congé au bout d'un an de présence sous les drapeaux.*»

Ici, possibilité de commencer dès la dix-neuvième année et de terminer sans interruption une instruction professionnelle, agronomique, industrielle ou chevaline; là, impossibilité de commencer des études médicales avant la vingt et unième année! Il n'y a ni égalité ni équivalence dans les charges que la loi impose à ces jeunes gens. Est-ce que le Conseil des Facultés demanderait trop en sollicitant pour les futurs médecins les avantages que l'instruction ministérielle accorde aux élèves agriculteurs et aux futurs inspecteurs des haras?

Une telle démarche obtiendrait, peut-être, gain de cause auprès du ministre, qui a, maintes fois déjà, prouvé sa sollicitude pour les intérêts sanitaires de l'armée. On a donné satisfaction à ceux qui demandaient de favoriser l'élevage du cheval pour les nécessités de la défense nationale. Soit. Vraiment, ne serait-il pas aussi urgent, pour le bien du pays et de l'armée, de ne pas entraver plus longtemps le recrutement d'un personnel médical, suffisant à la fois par le nombre et par l'instruction.

A. P. E.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

DERMATOLOGIE

Traitement de la lèpre par l'huile de chaulmoogra et l'acide gynocardique

Dans sa thèse inaugurale (1), M. Roux donne de précieuses indications sur le traitement de la lèpre, pratiqué dans le service de M. E. Vidal à l'hôpital Saint-Louis.

L'étude chimique de l'huile de chaulmoogra, tirée de la graine du gynocardia odorata, a montré que le principe actif de cette huile est l'acide gynocardique; c'est donc cet acide que l'on doit administrer. Cependant M. Brousse (2) a obtenu avec l'huile brute des résultats encourageants.

Quelles sont les indications à remplir dans ce traitement?

1° Traitement hygiénique. — Conseiller au malade l'éloignement du pays habité jusque-là; préconiser le séjour dans un climat tempéré, un régime fortifiant, des soins hygiéniques constants.

2° Traitement médical. — *a*) *Huile de Gurjun.* Cette oléo-résine peut être employée à l'intérieur, avant les repas, à la dose de 2 à 10 grammes par jour.

Baume de Gurjun..... }	àà 4 grammes
Gomme arabique..... }	
Sirop de cachou.....	12 grammes
Infusion de badiane.....	60 grammes

(Vidal).

Elle est surtout employée, et avec grand succès, comme topique des ulcérations, pour l'usage externe.

b) *Hoang-nan.* Il a été prescrit sous forme de pilules et associé au sulfure d'antimoine et à l'alun.

c) *Traitement de Beauperthuy.* Ce traitement consiste en frictions avec l'huile de noix d'acajou et à l'administration du mercure à l'intérieur sous forme de bichlorure d'hydrargyre à la dose de 1 centigramme par jour. Cette administration du mercure est encore employée aujourd'hui, et nous avons vu le docteur Vidal arrêter en quelques jours des poussées aiguës par l'usage des frictions d'onguent napolitain continuées pendant plusieurs jours.

d) *Icthyol.* Employé surtout par Unna (de Hambourg), pur pour l'usage externe, à l'intérieur, à la dose de 0 gr. 75 par jour dans une solution alcoolisée de coumarine et de vanilline à 5 0/0. L'Icthyol, associé à l'alcool et à l'éther, comme dans la formule suivante, a donné aussi quelques bons résultats:

Icthyol..... }	
Alcool à 85°..... }	àà P. E.
Ether..... }	

e) *Huile de chaulmoogra.* C'est le traitement spécifique.

L'huile est donnée, suivant la tolérance gastrique, soit avant, soit pendant, soit après le repas. On chauffe d'abord un peu l'huile, pour la rendre liquide, afin d'en pouvoir facilement compter le nombre de gouttes; puis on la laisse refroidir, et on la donne au malade dans du pain azyme. On donne immédiatement après soit un peu de thé, soit un peu de rhum; on augmente tous les jours la dose de 10 gouttes; on commence par des doses faibles, et on essaie d'arriver au bout d'un temps plus ou moins long à 250 gouttes, chiffre que l'on essaie de maintenir, si le malade supporte bien le médicament et n'en éprouve pas de dégoût.

A la longue cependant, l'huile peut provoquer du manque d'appétit, des nausées et même des vomissements. Un repos de quelques jours devient nécessaire: on en reprend l'usage par des doses moins fortes que l'on élève ensuite graduellement.

Le traitement par l'acide gynocardique, principe actif de l'huile de chaulmoogra, est exempt de ces inconvénients: il est en général bien supporté par les malades, et produit des améliorations très remarquables.

On peut l'employer à la dose de 3 grammes par jour, dose qui représente sept cent quinze gouttes d'huile de chaulmoogra.

Voici la posologie de ce médicament:

a) Acide gynocardique ... 1 à 3 grammes

En capsules de 0 gr. 20 centigr. A prendre une ou deux fois avant les repas.

(1) L. Roux. *Thèse de Paris*, 1891.

(2) Brousse. (*Gaz. méd. de Montpellier*, 3 janvier 1891). — Il administre l'huile par gouttes dans une infusion de thé ou de menthe, ou bien en capsules, en perles, ou dans du pain azyme à la dose croissante de six à cent et deux cents gouttes par jour. A haute dose il peut toutefois provoquer des troubles gastro-intestinaux. On prescrit en même temps une bonne hygiène et des toniques.

Contre l'état local, on peut employer, le galvanocaustique, les antiseptiques ou bien les frictions avec la pommade suivante:

Huile de chaulmoogra.....	10 grammes
Vaseline.....	30 —

Cette pommade produit une éruption locale. Quand elle devient intense, on donne des bains antiseptiques et on applique l'emplâtre de Vigo (*N. de la R.*).

Digitized by Google

b) Gynocardate de magnésie. 4 grammes
Extrait de gentiane..... 1 —
Pour 20 pilules : de 5 à 20 par jour.
c) Gynocardate de soude... 2 à 4 grammes.
Faire des capsules de 0 gr. 20. A prendre en 2 fois avant les repas.

L. Rénon.

FAITS CLINIQUES

Phlegmatia alba dolens chez une chloro-anémique

par le Dr Tripet (1)

Mlle Jeanne D. est âgée de 17 ans et demi. Elle a pour antécédents une varicelle dans le jeune âge et une rougeole à 12 ans. Elle est réglée depuis l'âge de 15 ans. Son père est goutteux, sa mère rhumatisante. Deux frères, plus âgés, sont bien portants.

A plusieurs reprises, depuis deux ans, la malade a eu des périodes de faiblesse, avec tendance à la syncope, amaigrissement, névralgies faciales, sans jamais présenter de souffle au cœur ou dans les vaisseaux, non plus que de signes stéthoscopiques dans les poumons. Ces accidents ont coïncidé avec un véritable surmenage intellectuel, et, malgré cela, Mlle D. a conservé, jusque dans ces derniers temps, son aptitude au travail, et un goût prononcé pour le dessin et la peinture.

Le mardi 9 décembre 1890, les parents de la malade sont avertis par la maîtresse de sa pension (dans les environs de Paris), que leur fille est très souffrante, et, le soir même, elle leur est ramenée. Je la vois seulement le surlendemain matin jeudi 11 décembre, et j'obtiens les renseignements suivants :

Depuis le dimanche 7 décembre, à la suite d'une promenade assez longue à travers la campagne (promenade que la malade n'a pu suivre qu'en traînant la jambe et en se faisant aider), une douleur assez vive se fait sentir dans l'aine gauche.

En même temps, survenait un peu de fièvre, et la malade, obligée de se mettre au lit, se trouvait, le lendemain matin, dans l'impossibilité *absolue* de se lever : sa jambe gauche lui paraissait lourde comme une massue, et les douleurs s'irradiaient dans la cuisse jusqu'au genou. Le mardi soir la cuisse gauche commence à gonfler et, le mercredi, l'enflure s'étend au mollet, et à la presque totalité du membre inférieur. En même temps les douleurs augmentent, et la malade, brûlante de fièvre, passe la nuit sans fermer les yeux.

Le 11 décembre, je constate l'état suivant : langue saburrale, mal de tête, étourdissements, bourdonnements d'oreilles, malgré la position presque horizontale. Alternatives fréquentes de pâleur et de rougeur subite de la face. Température axillaire gauche 39°5, pouls 128.

Dans la fosse iliaque gauche, léger empâtement, et sensibilité exquise à la moindre pression. Cette sensibilité existe également au pli de l'aine, le long de la partie interne de la cuisse, en descendant jusqu'au genou, et persiste au creux poplité.

Le gonflement est considérable : à la racine du membre gauche, je trouve cinquante-cinq centimètres de tour et seulement quarante-cinq de l'autre côté ; aux mollets la différence de l'un à l'autre est de trois centimètres et demi, pas d'œdème malléolaire ; le pied est normal : la peau paraît plus chaude à la cuisse gauche qu'à la droite, mais je n'ai pas pris la température locale.

L'auscultation ne me donne aucun signe particulier, au cœur ni dans les vaisseaux : j'ai seulement une réelle difficulté à suivre le pouls radial, qui est faible, et filant sous le doigt.

Je dois noter d'une façon particulière que la malade qui est vierge et très bien élevée, a remarqué que, depuis quelques jours, elle perdait beaucoup en blanc et même en jaune, et souffrait un peu dans le bas-ventre, surtout du côté gauche : d'ailleurs comme je l'ai déjà signalé, la pression était douloureuse dans la fosse iliaque gauche où j'avais constaté un peu d'empâtement.

Aucune rougeur n'existait sur le trajet des veines du membre œdématié, et en présence des symptômes et de la réaction fébrile, je portai le diagnostic de phlegmatia alba dolens d'origine probablement infectieuse chez une chloro-anémique.

L'examen qualitatif des urines, fait le jour même, et six jours après, fut négatif les deux fois aux points de vue de l'albumine, du pus et du sucre : il y avait beaucoup d'urates et des phosphates en excès.

Le traitement général institué fut le suivant :

Sulfate de quinine 0 gr. 50 centigrammes toutes les douze heures ; lait à discrétion, saccharolé de quinquina, dragées de fer de Rabuteau, une matin et soir ; un peu d'alimentation, viande crue, bouillies de farine d'avoine, de lentilles, etc.

Traitement local. Un bandage ouaté modérément compressif fut appliqué par moi avec de grandes précautions, pour remuer la malade le moins possible, et je fis pratiquer toutes les huit heures une injection vaginale tiède avec de l'eau phéniquée au 100me ; je fis moi-même la première injection, afin de m'assurer si elle pouvait être pratiquée sans inconvénients et pour montrer à la mère la façon de donner les autres injections sans blesser la malade. L'hymen, intact, était en forme de croissant, et permettait l'introduction d'une fine canule en verre, à la condition que les cuisses ne fussent que très peu écartées. Ces injections faites pendant quatre jours seulement avec de l'eau bouillie chaude légèrement phéniquée, amenèrent rapidement une détente ; la fièvre, la sensibilité et l'empâtement iliaques gauches disparurent, et on put, le lundi 15 décembre, les cesser complètement, sans voir réapparaître la leucorrhée. Je dois noter que les règles qui devaient réapparaître du 15 au 18 décembre ne sont pas survenues.

Le 12 décembre, la température était à 38°4, et le pouls à 108 ; l'insomnie persistant, je fis prendre le soir une cuillerée à soupe de sirop de chloral, et la nuit suivante fut bonne ; les autres nuits furent également satisfaisantes, et l'on ne dut recourir au chloral que deux fois seulement.

Le 13 décembre, 38°,4, et 108 pulsations ; à ce moment, l'enflure du mollet a gagné le pied, qui est complètement œdématié, mais peu douloureux.

Le 14 décembre au matin, le thermomètre est remonté à 38°,8, et le pouls se maintient à 108 ; je prends, ce jour là, du sang à la malade, par une piqûre au petit doigt de la main droite, le recueille sur la plaque hématoscopique d'Hénocque, et après l'avoir examiné sommairement au spectroscope dans la chambre de la malade, je le soumets, une demi-heure après, à l'examen de M. le Dr Hénocque, qui constate une proportion de 5 0/0 seulement d'oxyhémoglobine au lieu de 13 0/0, chiffre moyen d'une femme bien portante. Mon diagnostic de chloro-anémie se trouve donc vérifié par un contrôle rigoureusement scientifique, et sur le conseil du docteur Hénocque, j'augmente la dose de fer et de quinquina administrés à la malade (quatre dragées Rabuteau par jour au lieu de deux) qui les supporte parfaitement bien ; je fais prendre en même temps de la noix vomique en gouttes amères dans de la bière.

Le 15 décembre la température redescend à 38° ; le 16, le 17 et les jours suivants le thermomètre ne marque plus que 37° à 37°, 4, et le pouls oscille entre 90 et 100 pulsations. A partir du 18, je cesse l'administration de la quinine que j'avais fait prendre pendant six jours de suite comme antiseptique interne.

Dès le 15 décembre la sensibilité a diminué dans tout le membre œdématié, les douleurs spontanées n'existent plus, et une pression légère dans la fosse iliaque gauche est bien supportée, mais l'augmentation de volume du membre persiste comme l'indique la mensuration.

Depuis le 20 décembre la température n'a plus dépassé 37°,4, et le pouls, encore à 96 à cette date, est tombé, à partir du 25 décembre, à 76 pulsations pour s'y maintenir définitivement. En même temps il a repris un tonus normal, et le facies de la malade ne présente plus comme précédemment des alternatives de pâleur et de rougeur, le teint est rosé, l'embonpoint manifeste, et l'appétit, devenu excellent, concorde avec des fonctions gastro-intestinales régulières.

Le 18 janvier, j'examine à nouveau le sang de la malade (quatre semaines après le premier examen), à l'hémato-spec-

(1) *Société médico-pratique*, 9 février 1890.

Digitized by Google

troscope d'Hénocque et je constate, avec satisfaction, que la quantité d'oxyhémoglobine pour 100 est montée de 5 à 9 : ce n'est pas encore l'idéal, puisque la normale chez la femme est 13 0/0, mais c'est un acheminement sérieux, et du moins cela indique que la voie suivie est la bonne.

Dès le lendemain, 19 janvier, les règles font leur réapparition et durent quatre jours avec un sang vermeil, et sans aucune douleur dans le ventre ou dans les reins.

A partir du 25 janvier, la mensuration comparative des deux membres inférieurs donne pour la cuisse gauche à la racine du membre, 48 centimètres; pour la cuisse droite 45 — pour les mollets la différence *en plus* du gauche sur le droit est de un centimètre et demi. — Le 1er février la différence est de un centimètre à peine et je fais progressivement lever la malade avec précaution.

Enfin, le 6 février, j'examine une troisième fois le sang à l'hémato-spectroscope, et je trouve 9 1/2 pour 100 d'oxyhémoglobine.

D'après les récentes recherches de M. Widal, le thrombus de la phlegmatia alba dolens aurait comme les autres formes cliniques et anatomiques aiguës ou chroniques de l'infection puerpérale, un seul agent pathogène, le streptococcus pyogenes.

Dans l'observation que je viens de vous lire, il n'y a pas état puerpéral puisqu'il s'agit d'une vierge. Cependant la porte d'entrée me paraît bien être la muqueuse utérine qui, depuis plusieurs jours, secrétait du mucopus en grande quantité, et était naturellement dépouillée, en partie tout au moins, de son épithélium protecteur. Or nous savons que, à l'état normal, le vagin comme la bouche contient des microbes qui, tant que l'épithélium est intact, sont inoffensifs, mais peuvent au contraire devenir des agents pathogènes si la muqueuse n'est plus suffisamment protégée. Ne peut-on admettre que c'est ici le cas et que la malade atteinte précédemment d'une légère endométrite cervicale desquammative, s'est vue infectée localement? Je crois que c'est là la véritable interprétation à donner aux accidents survenus, car il ne s'agit pas là d'un œdème cachectique qui débute toujours par l'extrémité du membre, et n'est pas accompagné de fièvre, mais bien d'une phlegmatia alba analogue, comme début et comme évolution, à la phlegmatia alba dolens des nouvelles accouchées.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

CHIRURGIE

I. **Traitement de l'érysipèle chirurgical par l'ichthyol.** — En voici les préceptes d'après Fowler :

1° Lotions sur la peau et les muqueuses voisines avec une solution au centième d'acide salicylique. Désinfection des plaies que l'on recouvrira de gaze antiseptique;

2° Frictions continuées pendant dix à quinze minutes sur la surface malade et au delà de ses limites, avec le sulfo-ichthyolate d'ammoniaque ou une pommade à l'ichthyol. La coloration brunâtre de la peau indique que les frictions ont été suffisantes;

3° Pansement par occlusion avec la gaze et l'ouate au sublimé. On reconnaît l'action thérapeutique de cette médication à la prompte diminution de la fièvre et de la douleur.

MALADIES DU LARYNX

II. **Traitement des hypéresthésies laryngées.** — Ces névroses sont assez communes et revêtent la forme d'hypéresthésies et de parasthésies simples ou combinées. On les combattra par des moyens externes toujours indispensables (Moure) et par les moyens internes, utiles surtout chez les hystériques.

1° *Moyens internes.* Le bromure de potassium sera prescrit à hautes doses Dans quelques cas, M. Moure conseille le sulfate de strychnine à la dose de quatre à six milligrammes par jour;

2° *Moyens externes.* Voici des formules empruntées à M. Moure et employées en badigeonnages sur le fond et les parties latérales du larynx.

Hydrochlorate de cocaïne dissous dans l'alcool	0 15 centig.
Iode métalloïdique	0 05 —
Iodure de potassium	0 10 —
Laudanum de Sydenham	1 gramme
Glycérine pure	40 —

Ou bien :

Hydrochlorate de cocaïne dissous dans l'alcool	0 25 centig.
Laudanum de Sydenham	1 gramme
Bromure de potassium	3 —
Glycérine pure	30 —

Ou bien encore, en adoptant la morphine au lieu de la cocaïne.

Hydrochlorate de morphine	0 15 centig.
Iode métalloïdique	0 05 —
Iodure de potassium	0 10 —
Glycérine pure	30 grammes

ODONTOLOGIE

III. **Solution pour l'anesthésie dentaire.** — Elle consiste à badigeonner les gencives et à pulvériser dans les méats auditifs externes la solution suivante :

Hydrochlorate de cocaïne	1 gramme
Antipyrine	3 —
Eau distillée	20 —

On doit continuer les applications pendant dix à vingt minutes pour éviter presque complètement les douleurs de l'extraction.

S. R.

CORRESPONDANCE DES DÉPARTEMENTS

St-Georges (Rhône), 28 février 1891.

De l'application des forceps sur la tête dernière

Le 11 février 1891, à une heure après-midi, je suis appelé auprès de Mme Per... 26 ans, multipare. Elle souffre depuis la veille et a fait les eaux ce matin vers onze heures. Les contractions utérines sont très-rapprochées mais assez faibles.

La parturiente m'apprend que pendant les derniers mois de sa grossesse elle sentait remuer partout. L'inspection de l'abdomen montre le grand axe de l'utérus dirigé transversalement. Au palper, on constate que l'excavation est vide, le fond de l'utérus est facilement dépressible. Dans l'hypochondre gauche, on trouve une tumeur dure, ronde, volumineuse qui est la tête, dans l'hypochondre droit une autre tumeur de volume et de consistance plus inégale, qui est le siège. Entre ces deux tumeurs le dos, directement en rapport avec la paroi abdominale, Je suis donc en présence d'une OIG dos en avant.

Le diagnostic est du reste confirmé par le toucher. En voulant le pratiquer, je trouve au dehors de la vulve la main droite du fœtus. La dilatation est complète. Les battements du cœur fœtal sont normaux. Je décide de faire immédiatement la version.

Digitized by Google

L'antisepsie du vagin et des parties génitales externes étant soigneusement faite, la malade, préalablement chloroformée, est placée en travers du lit dans la position classique.

Après avoir vainement tenté de refouler dans l'utérus ce bras « qui demandait une pension alimentaire » j'allai à la recherche des pieds. Le pied antérieur put d'abord être seul saisi, puis amené à la vulve et fixé à l'aide d'un lacs, le pied postérieur fut ensuite dégagé, puis le tronc tout entier. Le bras antérieur qui s'était relevé pendant la traction, fut transformé en bras postérieur et dégagé à la commissure postérieure de la vulve.

A ce moment les battements du cœur fœtal étaient petits et misérables, le fœtus faisait son méconium; une prompte terminaison s'imposait.

Pendant ces diverses manœuvres la tête s'était placée en OS *défléchie*, le menton accroché derrière la symphise, la bouche inacessible. La manœuvre de Mauriceau était donc impossible. Je renversais doucement le fœtus ventre sur ventre, en essayant de dégager la tête autour de la symphise contre laquelle s'appliquait la région sous-mentonnière. Cette manœuvre échoue absolument, la tête reste immobile. Il me semble que le cœur du fœtus cesse de battre.

Alors faisant relever le tronc du fœtus, j'applique rapidement mon forceps et amène immédiatement la tête en moins de deux minutes. Section du cordon après ligature.

Le fœtus est pâle, ne respire pas, les battements du cœur ne sont pas perceptibles. L'enfant put cependant être ranimé après 25 minutes d'insufflation. Délivrance normale 20 minutes après l'accouchement.

Les suites de couches furent très-simples, la température ne dépasse pas 37,9. L'enfant se porte très bien.

L'intérêt de cette observation réside tout entier dans l'application du forceps sur la tête dernière. Cette manœuvre est fort discutée, comme l'a montré dernièrement dans ce journal M. Maxime Chaleix, chef de clinique obstétricale à la faculté de Bordeaux (1).

La plupart des auteurs allemands prétendent avec Schræder que si l'accoucheur n'a pas réussi à extraire la tête avec les mains, il doit avoir recours non aux forceps, mais à la cranio-tomie. Cependant l'un d'eux, Crédé, est de l'avis contraire et dit que l'application des forceps sur la tête dernière est plus facile que sur la tête première.

En France, M. Budin professe dans ses leçons cliniques que l'accoucheur qui fait une version doit avoir toujours prêts un insufflateur et un forceps.

La plupart des auteurs français rejettent cette pratique, et nous avons entendu souvent notre maître M. Fochier, professeur de Clinique obstétricale à Lyon, répéter que « que l'on ne « doit jamais appliquer le forceps sur la tête dernière, parce que « c'est perdre un temps précieux pendant que le cordon est « comprimé, et qu'en outre il est d'application beaucoup plus « difficile que les tractions manuelles. »

L'application du forceps sur la tête dernière nous semble une ultime mais excellente ressource lorsque la manœuvre de Mauriceau et les autres modes de tractions manuelles n'ont pu aboutir. Elle est très-prompte, avantage immense, lorsque tout indique, et c'est généralement le cas, une mort imminente du fœtus.

C'est aussi une opération très-simple et nous pensons avec Crédé que l'application des forceps sur la tête dernière n'est pas plus dificile que sur tête première.

Dr L. Morard

(1) *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 3 décembre 1890.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES ÉTRANGÈRES

Allemagne. **Société de médecine interne de Berlin** (16 février 1891). — I. *De l'anévrysme aortique à évolution rapide.* — Angleterre. **Société pathologique de Londres** (février 1891). — II. *Anévrysme aortique ouvert dans la veine cave supérieure.* — **Société clinique de Londres** (13 février 1891). — III. *Traitement de l'appendicite.* — Autriche. **Société des médecins de Vienne.** — IV. *Traitement de la spondylite.*

I. **De l'anévrysme aortique à évolution rapide.** — D'ordinaire, cette affection demande de longs mois pour évoluer. Il en a été autrement chez un malade de M. Krönig. C'était un syphilitique qui, au mois de juin 1890, accusa de l'enrouement par paralysie d'une corde vocale, puis de l'aphonie et, de plus, tous les symptômes rationnels d'un anévrysme aortique : différence entre le pouls radial droit et gauche, souffle systolique intermittent dans le deuxième espace intercostal gauche, augmentation de la matité du cœur; de sorte qu'à l'aide des symptômes pulmonaires on put formuler le diagnostic d'anévrysme de la crosse de l'aorte.

De juin à août, l'insuffisance cardiaque augmentait : le foie devint cardiaque, il y eut des épanchements pleuraux, péricardiques et péritonéaux; finalement, le malade succomba dans un accès de dyspnée avec hémorrhagie abondante. C'était un anévrysmatique antérieurement syphilitique.

L'autopsie confirma le diagnostic et démontra que la tumeur anévrysmale s'était ouverte dans la bronche gauche. C'est une échéance fréquente des affections de cette nature; l'intérêt de cette observation consiste, non pas dans le fait banal, en lui-même, mais dans l'évolution rapide de la maladie.

II. **Anévrysme aortique ouvert dans la veine cave supérieure.** — Dans ce cas, l'anévrysme de l'aorte communiquait avec la bronche gauche. Dans le suivant, plus exceptionnel au point de vue anatomo-pathologique, il s'ouvrait, d'après M. Orn, dans la veine cave supérieure.

Au moment où le malade entra à l'hôpital, il existait de la pâleur du visage, du gonflement du cou et de la moitié directe du thorax, avec dilatation des vaisseaux veineux superficiels; bref, une gêne marquée de la circulation. De plus, on constatait les signes d'un anévrysme de la crosse de l'aorte.

Le malade succomba après avoir présenté des signes de congestion pulmonaire, et à l'autopsie on constata un sac anévrysmal aortique ayant le volume d'une orange, contenant des caillots et communiquant d'une part avec l'aorte, au-dessus des valvules sygmoïdes, et d'autre part avec la veine cave supérieure.

Ce fait est donc d'intérêt anatomo-pathologique, et, au point de vue classique, ne permet pas d'autres inductions diagnostiques que celles que l'on peut tirer du siège et de l'étendue de l'œdème latéral du cou et du thorax.

III. **Traitement de l'appendicite.** — Dans les cas d'appendicite plutôt que dans ceux de typhlite, l'intervention opératoire paraît nécessaire. C'est l'opinion qui semble se dégager de la discussion soulevée devant la Société clinique de Londres par une communication de M. Allingham.

Le malade de M. Allingham, un garçon de 15 ans, fut opéré avec succès. Il s'agissait d'une appendicite avec suppuration et avec perforation de l'appendice vermiforme. L'appendicite était aiguë.

Mais, M. Sutton qui, quatre fois, a pratiqué l'opération en obtenant quatre succès, conseille d'intervenir avec le bistouri, surtout dans les formes chroniques, et, en particulier, contre celles à rechutes.

Cette opinion est encore celle de M. Treve qui conseille, dans un cas d'appendicite, de tenir la conduite suivante :

Digitized by Google

1° Ne pas opérer avant quatre ou cinq jours après le début de la maladie, car l'appendicite aiguë, plus fréquente chez les jeunes sujets, est alors justiciable d'un traitement médical.

2° Dans l'appendicite à rechutes, il en est autrement ; l'indication opératoire est plus formelle.

Quand faut-il opérer? Dans l'intervalle des accès.

3° Enfin; il existe une appendicite avec abcès péri-cœcal, on doit évacuer le pus et ne pas insister, en l'absence de perforations, pour pratiquer l'excision de l'appendicite vermiforme.

A ces préceptes, on peut exposer une objection? Comment distinguer la typhlite avec l'appendicite? M. Coupland se le demande! car il ne connait point de signes absolus au moyen desquels il est possible d'établir cette différenciation; il faut donc, dans l'incertitude, se rappeler que sous le nom de typhlite on désigne souvent des appendicites. C'est le moyen d'éviter des erreurs de diagnostic, et surtout les inconvénients d'une temporisation thérapeutique excessive.

IV. **Traitement de la spondylite.** — Entre la méthode sanglante, trépanation du canal vertébral, et la méthode conservatrice, appareils ; quel choix faut-il adopter? M. Lorenz préfère la deuxième à la priemère. Cet avis est celui d'autres de ses collègues et, en particulier, de MM. Billroth et Weinlechner.

M. Lorenz justifie son opinion en rappportant l'observation d'un cas de spondylite cervicale, avec inclinaison de la tête en avant, et paralysie des membres et de la vessie. On appliqua un appareil plâtré ; on prescrivit une cure d'air et ce traitement a donné les meilleurs résultats.

M. Billroth a essayé sans succès, mais non sans dangers, la méthode de Koch.

Bref, que faut-il faire dans un cas de spondylite?

M. Weinlechner le déclare :

1° Fixer les malades atteints de spondylite cervicale, sur une planche de forme appropriée à la configuration du rachis et de façon à les immobiliser et à les rendre transportables;

2° Pendant la plus grande partie de la journée, lui imposer le séjour au grand air, et insister sur ces recommandations thérapeutiques durant un temps assez long; la cessation prématurée de la médication pouvant être suivie de paralysie des extrémités;

3° Au point de vue du pronostic, on doit, avec Billroth, et d'autres chirurgiens d'ailleurs, ne pas oublier que la probabilité de la guérison est en raison directe du siège plus élevé de la lésion. C'est ainsi que les spondylites du segment lombaire sont presque incurables, tandis que celles du segment cervical s'amendent rapidement par la médication indiquée plus haut.

K. D.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 février 1891

Présidence de M. le Dr Terrier

Traitement des rétrécissements syphilitiques du rectum. — M. Quenu rapporte l'observation d'une femme de 36 ans, syphilitique depuis 7 ans et atteinte depuis quelques années d'un rétrecissement spécifique du rectum, contre lequel l'iodure de potassium, le mercure, l'électrolyse avaient complètement échoué. Il s'agissait d'un rétrécissement cylindrique très serré, commençant à un centimètre au-dessus de l'anus, et remontant de quelques centimètres seulement dans le rectum. La défécation était très difficile et très douloureuse, ne s'opérait qu'à l'aide de purgatifs répétés; de plus il existait un écoulement muco-purulent par le rectum et une infiltration fistuleuse autour de l'anus. Le 4 juin 1890, M. Quenu extirpa toute la portion rétrécie, après avoir sectionné la commissure postérieure de l'anus jusqu'au coccyx, puis sutura le bout supérieur de l'intestin à la peau de la région anale. La cicatrisation fut complète en trois semaines. Depuis cette époque, la défécation a toujours été régulière, non douloureuse, les tissus sont souples, à l'heure actuelle la guérison semble définitive. La rectotomie linéaire ne donne pas d'aussi bons résultats, car, si elle permet le libre cours des matières, elle ne supprime pas l'écoulement muco-purulent du rectum, ni par conséquent la rectite toujours très pénible, elle n'est donc qu'une méthode palliative. Il en est de même de l'électrolyse, qui fait cesser les dangers immédiats du rétrécissement, mais ne cicatrise pas les ulcérations de la muqueuse rectale. Cette observation, ainsi que celle de M. Richelot, montre donc qu'il faut extirper les rétrécissements aussi souvent que cela est posible. Si la lésion est bas située, on emploiera le procédé de M. Quenu; si elle est haut située, on aura recours à l'opération de Kraske.

M. Berger accepte en principe l'extirpation des rétrécissements syphilitiques du rectum, mais jusqu'ici il n'a pas trouvé de cas favorables où cette opération puisse être faite avec succès. En effet, il a toujours vu des rétrécissements s'étendant à 10, 12 et même 23 centimètres au-dessus de l'anus, impossibles à enlever à cause même de leur longueur. De plus la lésion de la muqueuse s'étend toujours plus haut même que le rétrecissement et les opérations sont sans effet sur ses ulcérations. Il a cependant traité des retrecissements étendus par la rectotomie linéaire, cette opération, qui supprime les dangers du rétrecissement, rend l'existence supportable et doit être conseillée, lorsque l'extirpation n'est pas possible.

M. Segond a enlevé en décembre dernier, chez un homme de 38 ans, un rétrecissement syphilitique remontant à sept centimètres au dessus de l'anus, en conservant les sphincters et suturant les deux portions de l'intestin La défécation est devenue facile, la guérison persiste.

M. Terrier constate que l'extirpation des rétrécissements syphilitiques est une excellente opération, plus satisfaisante que la rectotomie, et doit être appliquée aux rétrécissements d'origine congénitale.

Au mois de mai 1889, il recevait dans son service un homme qui, toute sa vie, était allé difficilement à la garderobe et paraissant indemne de syphilis. A 21 ans, la défécation était devenue particulièrement douloureuse. C'est alors qu'il éprouva ses premiers accès d'épilepsie qui, depuis, ne l'ont plus quitté qu'à de rares intervalles, après les nombreuses opérations qu'il a subies. En effet, en 1872, il fut opéré une première fois par Czerny pour une fistule anale; en 1875, à Melbourne, il est dilaté pour un rétrécissement anal; en 1880, il subit une première rectotomie à Leipzig; en 1883, Bergmann lui fait de nouveau la même opération, enfin à son entrée dans le service, M. Terrier constate un obstacle siégeant à quatre centimètres au-dessus de l'anus, présentant la forme d'un diaphragme, que le doigt ne peut franchir. Autour de l'anus, les tissus sont souples. Le 2 juin 1889, après résection du coccyx, il abaisse toute la portion rétrécie du rectum, longue de six centimètres, le sectionne au-dessus des sphincters, puis suture les deux bouts de l'intestin. Le malade sort guéri le 30 juillet. Le 4 juin 1890, on constate que les sphincters fonctionnent normalement, les garde-robes sont moulées, faciles; au toucher, on constate un calibre normal de l'intestin, mais il persiste encore un point ulcéré au-dessus de l'ancien rétrécissement, cause d'un écoulement muco-purulent. Les attaques d'épilepsie persistent. Le résultat est de nature à entrainer la conviction en faveur des rétrécissements congénitaux.

Hystérectomie vaginale et suppurations pelviennes. — M. Segond. Cette opération a pour auteur M. Péan, qui la pratique dans les cas où d'autres chirurgiens font la laparotomie et

Digitized by Google

l'ablation des annexes. Quoique M. Péan en ait communiqué au Congrès de Berlin les résultats fort brillants (60 opérations sans décès), elle n'a pas jusqu'ici été adoptée par le public chirurgical.

Au mois d'août 1890, M. Segond voyait une femme de 35 ans atteinte de suppurations pelviennes graves, avec adhérences nombreuses, plastron induré en arrière de la paroi abdominale, état général mauvais; il hésitait à faire la laparotomie, qui lui semblait seule capable de sauver cette malade. M. Pean fut appelé auprès d'elle, et, en présence de M. Segond, pratiqua l'hystérectomie vaginale totale. La malade guérit admirablement. Dès lors, sa conviction fut établie, et, depuis cette époque, fit 23 opérations de ce genre dans les mêmes conditions; il a eu 4 décès et 19 guérisons.

Les quatre insuccès se rapportent à des femmes atteintes d'énormes collections purulentes situées sur les côtés de l'utérus et en rapport avec les ovaires et les trompes. Les dix-neuf guérisons ont été obtenues chez des malades atteintes de double salpyngite suppurée; après l'hystérectomie, M. Segond enleva chez les unes les ovaires et les trompes, tandis que, chez d'autres, ces organes ont été laissés en place; chez toutes, la guérison a été complète et définitive.

Les auteurs qui acceptent cette intervention admettent qu'elle doit être pratiquée toutes les fois que l'on a reconnu l'indication de l'ablation bi-latérale des annexes par la laparotomie. Donc, toutes les fois que la bilatéralité des lésions ne sera pas évidente, on choisira un autre mode d'intervention.

Le manuel opératoire ne ressemble en aucune manière à l'hystérectomie vaginale pour fibrome ou cancer utérin; en cela, il faut suivre de point en point le manuel opératoire et même employer les instruments spéciaux de M. Péan. Dans aucun cas, il ne faudra employer la pince de M. Richelot.

La situation que l'on devra donner à la malade est le décubitus latéral gauche. L'opération consiste essentiellement en une énucléation de l'utérus, morcelé par étapes successives.

Si les annexes se laissent abaisser, s'il n'existe pas d'adhérences, on pourra les enlever en même temps que l'utérus. Si elles sont restées en place, s'il existe des adhérences, on se contentera de porter le doigt dans le foyer opératoire et de crever les collections purulentes du voisinage, sans essayer de rien enlever de plus. Les malades guérissent aussi bien dans un cas comme dans l'autre.

L'hystérectomie vaginale est supérieure à la laparotomie pratique dans les mêmes conditions, pour les raisons suivantes. Cette intervention ne laisse pas de cicatrice abdominale, donc pas de crainte de hernie; le port d'une ceinture toujours gênante n'est pas nécessaire. Le pronostic opératoire immédiat est meilleur; la guérison est plus complète, plus rapide qu'après l'ablation des annexes. Enfin, les résultats définitifs semblent plus favorables. Certaines femmes laparotomisées continuent à souffrir, ont des récidives, des hémorragies qu'il faut combattre. Dans l'hystérectomie vaginale, on enlève toutes les lésions; ou bien, si les annexes sont restées en place, l'ablation de l'utérus forme un excellent drainage qui assure la guérison complète définitive.

Enfin, on sait que l'atrophie des annexes après l'ablation de utérus est plus constante que l'atrophie de l'utérus après l'ablation des annexes; donc, au point de vue théorique, toute crainte de danger pour l'avenir semble donc écartée d'une manière plus complète après l'hystérectomie vaginale qu'après la laparotomie et l'ablation des annexes.

Dr H. Marciguey.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 février 1891

Présidence de M. le Dr Labbé.

Bacilles des abcés de la fièvre typhoïde. — M. Laveran recevait le 29 décembre dernier dans son service du Val-de-Grâce un soldat âgé de 23 ans, atteint d'une fièvre typhoïde grave avec hyperthermie et éruption très abondante de taches rosées lenticulaires. Ce malade fut soigné par les bains tièdes. L'affection suivait un cours régulier, lorsque le 20 janvier il fut pris de douleurs dans les muscles grands droits de l'abdomen : la région se couvrit d'ecchymoses, indices d'une hémorrhagie sous-cutanée. En même temps, la face dorsale de la main droite et l'avant-bras gauche étaient le siège d'un empâtement manifeste, puis d'un double phlegmon qui fut ouvert le 29 janvier Le pus de ces deux abcès examiné avec le plus grand soin, ne contenait que le streptocoque pyogènes auréus; le bacille d'Eberth y faisait complètement défaut. L'état du malade devenait de plus en plus grave et il ne tarda pas à succomber à une pneumonie compliquée de péricardite. A l'autopsie, outre ces lésions et celles de l'intestin, on trouva les muscles grands droits infiltrés de sang, d'aspect lardacé. Les bacilles d'Eberth existaient en grand nombre dans la rate, mais les muscles, siège de l'hémorrhagie, n'en renfermaient pas. Cette observation montre que le bacille d'Eberth n'est pas le seul à jouer un rôle pyogène dans la fièvre typhoïde et que d'autres microbes peuvent contribuer à la formation des abcès.

Syringomyélie et maladie de Morvan. — M. Joffroy prenait pour sujet d'une leçon faite le 18 décembre 1890 à la Salpêtrière une femme de 48 ans, atteinte depuis 20 ans de la maladie de Morvan et présentant de plus le complexus symptomatique de la syringomyélie. A cette époque, il affirmait, d'après des études longuement poursuivies, que la maladie de Morvan était une des modalités de la syringomyélie.

L'examen des pièces anatomiques provenant de cette malade, vient vérifier aujourd'hui cette conception. Tout d'abord, il n'y a pas de doute à avoir sur la réalité de la maladie de Morvan; la main est absolument caractéristique. Le pouce a été amputé il y a 20 ans à la suite d'un panaris ayant entraîné la nécrose des phalanges; sur l'index, le médius, l'annulaire, on observe des lésions semblables; à la suite de panaris multiples ces doigts ont perdu une partie de leur squelette en cinq mois. La moelle présente une vaste cavité centrale, étendue de la région cervicale à la partie inférieure de la région dorsale et ayant détruit une partie de la corne droite. Le diamètre transverse de cette cavité mesure six millimètres et l'antero-postérieur trois millimètres, elle est donc très visible à l'œil nu.

L'année dernière, chez une femme atteinte de maladie de Morvan, M. Joffroy avait trouvé à l'autopsie les lésions de la syringomyélie. Ce deuxième fait confirme la théorie qu'il soutient aujourd'hui; à savoir que la maladie de Morvan est une des modalités de la maladie de Morvan.

Curabilité de la pseudo-paralysie syphilitique infantile. — M. Comby a présenté l'année dernière à la Société clinique deux cas de pseudo-paralysies syphilitiques infantiles, guéris en 15 jours par le traitement spécifique. Il en rapporte une nouvelle observation, ayant trait à un enfant de six semaines et présentant les stigmates de la syphilis héréditaire. Le membre supérieur droit pendait inerte le long du corps; l'extrémité supérieur du radius droit présentait un gonflement douloureux à la pression, qui permet de faire le diagnostic. Le père de cet enfant était syphilitique et pendant neuf ans avait engendré des enfants syphilitiques. M. Comby prescrivit des frictions avec l'onguent mercuriel et trois bains de sublimé par semaine (1 gr. de sublimé par bain). En quinze jours, cet

Digitized by Google

enfant était complètement guéri. Ces faits, et d'autres rapportés par M. Fournier, montrent bien la curabilité absolue de cette manifestation osseuse de la syphilis héréditaire. Parrot, qui le premier décrivit cette maladie, considérait cette affection comme beaucoup plus grave, ne guérissant que très rarement. Cette gravité du pronostic porté par Perrot, tient sans doute à ce que cet auteur observait la maladie dans un milieu hospitalier où les enfants arrivaient profondément débilités.

M. Cadet de Gassicourt ne compte plus les cas de guérisons de la pseudo-paralysie syphilitique infantile, qu'il a obtenues par le traitement spécifique. Il importe de faire de bonne heure le diagnostic d'avec la paralysie infantile vraie ; on y arrive facilement par l'examen des membres qui présentent des lésions osseuses douloureuses à la pression. Parfois il serait facile de confondre cette maladie avec une fracture, car l'attitude du membre est la même dans les deux cas. Les frictions mercurielles suffisent pour amener la guérison, à l'exclusion des bains de sublimé. De plus il a observé des cas de pseudo-paralysie syphilitique guéris spontanément.

M. Sevestre a observé fréquemment, même à l'hôpital des Enfants Assistés, des cas de pseudo-paralysie syphilitique guéris par le traitement spécifique. Très souvent il n'existe aucun signe de syphilis autre que la lésion osseuse, qui permet de faire le diagnostic et d'instituer le traitement approprié. Le mot de pseudo-paralysie prête à confusion, il s'agit d'une lésion osseuse avec inertie du membre, et non d'une paralysie proprement dite ; il serait donc nécessaire de le remplacer par une autre appellation plus significative, ou par le nom de maladie de Parrot qui le premier a décrit cette affection.

La Société se réunit en comité secret pour discuter le rapport de M. Rendu, sur les projets de réforme de l'enseignement et du concours des hôpitaux, présentés par M. Huchard.

Dr H Marciguey

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 mars 1891

Présidence de M. le Dr Tarnier

M. Ollivier, à propos de sa dernière communication, déclare qu'il s'est trompé et qu'il avait mal lu le rapport de M. le Dr Lelong. Il s'est trompé de chiffre, et il déclare que la vache qui était considérée comme ayant transmis la tuberculose à une jeune fille avait été achetée trois ans après que cette jeune fille avait quitté la pension.

Traitement de la tuberculose. — M. Picot (de Bordeaux) fait connaître les résultats qu'il a obtenus dans le traitement de la tuberculose avec les injections hypodermiques d'un mélange d'iodoforme et de gaïacol dans l'huile d'olives parfaitement stérilisée. Un centigramme du mélange contient un centigramme d'iodoforme et cinq centigrammes de gaïacol. Le lieu d'élection pour l'injection est la fosse sus-épineuse. Sous l'influence de ce traitement (un à trois centigrammes par jour), la toux diminue, l'expectoration se raréfie et le malade engraisse. Ces injections n'ont pas d'influence sur les voies digestives. Elles ne produisent ni hématurie, ni albuminurie. Elles n'ont pas d'influence mauvaise sur les tubercules.

De la vaccination et de la revaccination obligatoires. — M. Brouardel vient combattre l'argumentation de M. Le Fort. Il s'appuie sur les chiffres fournis par ce dernier pour montrer les bienfaits de la vaccine. Il rappelle qu'à Sheffield, sur 4 non vaccinés, il y a eu 3 varioleux et que sur 4 vaccinés, il n'y a eu qu'un seul cas de variole. On doit admettre que si toute une population était revaccinée, la variole disparaîtrait. M. Le Fort admet que la vaccine n'est pas dangereuse. En effet, jamais on n'a pu transmettre la tuberculose par la vaccination.

M. Brouardel est d'accord avec M. Le Fort sur l'utilité de la déclaration des cas de variole, de l'isolement des varioleux et de la désinfection. Mais ces mesures, excellentes pour une maladie qui, comme le choléra, se transmet par l'eau et les objets souillés par les déjections des malades, sont moins efficaces pour la variole dont le germe se transmet par l'air. Dans ces cas l'isolement est bien difficile. Isoler toute la maison, comme en Allemagne, est impossible. A la campagne, il faudrait créer des hôpitaux d'isolement. A Paris, on ne peut songer à vider une maison de cinq étages.

Au Havre, où l'isolement existe, il y a eu d'assez nombreux cas de variole en 1886, 1887, 1888 et 1889. Le résultat de l'isolement n'a donc pas été bien brillant. A Bruxelles, où existe l'isolement et où on transporte les malades à l'hôpital dans des voitures spéciales, il y a actuellement une petite épidémie de variole. Des cas nombreux ont éclaté autour de l'hôpital d'isolement, malgré la désinfection faite avec soin. L'isolement et la désinfection peuvent compléter la vaccine obligatoire, mais à eux seuls ils sont insuffisants à prévenir le développement de la variole.

M. Le Fort conseille, avant de décréter l'obligation de la vaccine, de répandre parmi les populations les publications montrant les bienfaits de la vaccine. C'est là une mesure illusoire, comme le prouvent les épidémies de variole qui ont frappé le Morbihan. Dans ce département on donnait aux élèves des écoles des notions démontrant l'utilité de la vaccine. Ces conseils étaient répétés en chaire et cependant on n'eut ainsi qu'à vacciner 20 0/0 des enfants.

Vingt départements ne votent aucune subvention pour le service de la vaccine. Pour que les fonds soient votés, il faut une loi qui rende la vaccine obligatoire. Quant à savoir si réellement la vaccination et la revaccination mettent à l'abri des épidémies de variole, on n'a qu'à étudier l'épidémie de Sheffield où il n'y eut qu'un seul décès sur 600 revaccinés. M. Bouardel ne s'arrête pas à l'objection de M. Le Fort. au sujet de la liberté individuelle tout aussi violée par l'isolement que par la vaccination obligatoire. Il demande l'obligation de la vaccination et de la revaccination.

Elections. — Sont nommés correspondants nationaux MM. Hallet (de Nancy) par 42 voix sur 62 votants et Merget (de Bordeaux) par 33 voix contre 60 votants.

T. R.

LES JOURNAUX DE LA SEMAINE

En reproduisant, sous cette rubrique, des extraits de la preses médicale, le **Journal des Praticiens** *a pour but de renseigner impartialement ses lecteurs. Il réserve donc formellement la liberté de ses appréciations et l'indépendance de sa critique.* N. de la R.

L'enseignement municipal des hôpitaux. — On lit, dans le *Progrès Médical* du 28 février 1891, les lignes suivantes de M. le Dr Bourneville, auxquelles, il n'est pas besoin de le dire à nouveau, nous nous associons volontiers :

Les circonstances nous paraissent propices. Le Conseil municipal, qui comprend combien une organisation complète de l'enseignement de la médecine dans les hôpitaux jetterait d'éclat sur la Ville de Paris, est prêt à examiner et à mettre en pratique les propositions qui lui seront faites. Le corps médico

Digitized by Google

chirurgical des hôpitaux, nous le répétons, commettrait une lourde faute si, n'écartant pas énergiquement les obstacles que peuvent susciter des intérêts particuliers, il ne profitait pas des bonnes dispositions du Conseil municipal qui consent à donner progressivement les ressources nécessaires. D'ailleurs, les dépenses, au début, ne seront pas considérables.

Il conviendrait, redisons-le, de voter pour 1891 un crédit de 30 à 40,000 francs qui serait partagé entre *tous* les médecins qui feraient de l'enseignement, soit à l'amphithéâtre, soit au lit du malade, dans des conditions dont nous avons tracé les grandes lignes. L'accroissement du nombre des étudiants, de médecins de l'étranger qui viendraient profiter des nouveaux moyens d'enseignement mis à leur disposition, compenserait, dans une forte proportion, les dépenses de la nouvelle organisation.

Cette considération est relativement secondaire, en comparaison des avantages sociaux que procurerait cette grande réforme, de l'éclat qu'elle jetterait sur le corps médical des hôpitaux, des services qu'elle rendrait à la société en lui fournissant des médecins vraiment instruits et capables, et des progrès qu'elle ne manquerait pas de réaliser dans les différentes branches des sciences médicales. Que nos maîtres, nos amis et nos collègues des hôpitaux réfléchissent aux conséquences des derniers événements scientifiques survenus à Berlin et leur patriotisme éclairé fera le reste.

INFORMATIONS

ÉTRANGER

ALLEMAGNE. — **Congrès de la Société allemande de gynécologie.** — La quatrième réunion de ce Congrès aura lieu à Bonn du 21 au 23 mai prochain.

Congrès de médecine interne. — Dans la session qui se tiendra à Wiesbade du 7 au 9 avril prochain, on nous signale la mise à l'ordre du jour des questions suivantes : Discussion sur la méthode de Koch; — traitement de la leucémie par Mosler; — troubles de la circulation dans les muscles, par Knoll ; — diagnostic de la cirrhose hépatique, par Rosenstein ; — de l'hydrocéphalie, par Quincke; — du reflexe tendineux patellaire dans le tabès dorsal, par Eichhorst; — du diagnostic du rhumatisme articulaire aigu — et de l'étiologie du mal de Bright, par Friedlander et les modifications du poids spécifique du sang dans leurs rapports avec l'anémie, par Schmaltz.

ÉGYPTE. — **La vaccination obligatoire.** — Un décret khédival vient de rendre la vaccination obligatoire en Egypte. L'enfant devra, dans les trois mois qui suivront sa naissance, être soumis à l'inoculation.

NOUVELLES SANITAIRES

ÉTRANGER

L'épidémie cholérique de Syrie. — A la date du 24 janvier on comptait 2,361 décès dans le vilayet d'Alep; 1,189 dans celui de Damas; 421 dans celui de Beyrouth; 97 dans celui d'Adana ; 85 dans celui de Menouret-ul-Aziz et 15 dans celui de Diarbekir. Au reste l'amélioration de l'état sanitaire est depuis devenue telle, qu'on a pu suspendre les mesures quarantainaires à l'égard des provinces de Damas et de Beyrouth.

NOUVELLES MILITAIRES

Nominations dans le corps de santé de la marine. (Réserve). *Au grade de médecin de 1re classe* : MM. Parès, Deniau, Condé et Narbonne.

(Activité). *Au grade de médecin de 2e classe* : MM. Gellas et Bourdon.

VARIÉTÉS

L'emploi thérapeutique de l'hypnotisme. — La Société médico-légale de Chicago vient de se prononcer formellement contre les séances publiques d'hypnotisme. De plus, elle recommande aux médecins qui en feraient usage dans un but thérapeutique de se faire assister par des confrères ou par des amis de la personne qui se soumet à ces pratiques.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs Benoit (de la Haye du Puits), Davot (d'Aix-les-Bains), Maltroit (de Saint-Benoit), Sailly (de Grand Reullecourt), Pouzols (de Monistrol), de Pazkowsky (de Beaumont-sur-Oise), Molhart (de Bonnet), Réveille (de Nimes), Cabasse (de Bourbonne) et Cogit (de Vendin-le-Vieil).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

ARNAUDET. — Nouveaux faits à l'appui de la nature infectieuse du cancer (*Normandie méd.*, 15 février 1891).

AUDRY. — Deux cas mortels de syphilis cérébrale (*Lyon méd.* 15 février 1891, p. 228).

DRESCHFELD. — Du diagnostic et du traitement de l'ulcère de l'estomac (*The Med. Cronicle*, février 1891, p. 346).

GILLES DE LA TOURETTE et CATHELINEAU. — Le sang dans l'hystérie normale (*Le Progrès médical*, 14 février 1891).

SAUNDBY (R.). — De l'ulcère chronique de l'estomac (*The Lancet*, 14 février 1891).

MACKENZIE (J.) — Herpes zoster multiple et symétrique (*The Med. Cronicle*, février 1891, p, 356).

CLINIQUE MÉDICALE CHIRURGICALE

CROUSTOUN CHARLES. — Rhinoplastie (*The Lancet*, 21 février 1891, p. 419).

FORGUES. — Traitement des affections lacrymales (*Montpellier méd.*, 18 février 1891).

LERMOYEZ — Des accidents qui arrivent à la suite des opérations intra-nasales (*Annales des maladies de l'oreille*, février 1891).

PARKER SYMS. — De l'influence de la laparotomie sur la tuberculose du péritoine (*The N.-Y. med. Journal*, 7 fév. 1891).

PÉRIGORD. — Luxation de l'extrémite inférieure du radius avec perforation de la peau et issue au dehors (*Journal de la Société de médecine de la Haute-Vienne*, février 1891).

PUECH. — De quelques médications de la paracentèse dans le traitement de l'iritis aiguë (*Recueil d'ophthalmologie*, janvier 1891, p. 23 A).

REGNAUT. — Vaginalité chronique blennorrhagique (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, février 1891).

THÉRAPEUTIQUE

ABREU (DE). — Indications générales de la belladone dans la thérapeutique infantile (*O Brazil medico*, 15 janvier 1891).

AVIS. — Toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée d'une bande du journal et de la somme de *soixante* centimes en timbres-poste.

Le Directeur-gérant : HENRI HUCHARD.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE N° 10 11 MARS 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, DEMELIN, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

CLINIQUE CHIRURGICALE

Des indications chirurgicales dans la lithiase biliaire

Par M. le Dr LUCIEN PICQUÉ

Chirurgien des hôpitaux de Paris

Depuis quelques années, l'action de la chirurgie s'est étendue sur les affections de l'appareil biliaire ; des travaux importants ont été publiés : des opérations nombreuses ont été pratiquées avec des résultats réellement merveilleux.

Une cholécystotomie que j'ai eu l'occasion de pratiquer récemment à l'hôpital Lariboisière et dont l'observation sera prochainement publiée au Congrès de chirurgie, m'a engagé à présenter, d'après les travaux antérieurs et mes réflexions personnelles, quelques considérations sur les indications opératoires auxquelles peut donner lieu la lithiase biliaire et à étudier la valeur thérapeutique des opérations proposées actuellement.

La lithiase biliaire, envisagée d'une façon générale, donne lieu à un encombrement ou obstruction temporaire ou permanente des diverses parties de l'appareil biliaire.

Quand l'obstruction porte sur la vésicule, elle peut passer inaperçue et n'être reconnue qu'à l'autopsie.

Le plus souvent, elle ne décèle sa présence que grâce aux phénomènes inflammatoires qu'elle entraîne : hydropisie, cholecystite simple ou suppurée, phlegmon de la vésicule, accidents péritonitiques de voisinage).

Quand, au contraire, l'obstruction porte sur les canaux d'excrétion (canal cystique ou cholédoque), elle donne lieu, presque constamment, sinon toujours, à des symptômes qui varient selon la durée de cette obstruction.

Quand elle est temporaire, c'est le syndrome clinique désigné sous le nom de colique hépatique qui apparaît avec ses modalités variables selon les cas : quand elle est définitive, ce sont des phénomènes de dilatation et d'infection septique des canaux intra et extra-hépatiques, produisant l'ictère chronique, l'angiocholite simple ou suppurée, la cirrhose biliaire.

Ainsi qu'on va le voir, toutes ces lésions ne sont pas justiciables de l'intervention chirurgicale.

L'encombrement de la vésicule et les complications inflammatoires qui s'y produisent (phlegmon, ulcération, fistule biliaire externe, rupture, péritonite), sont heureusement combattues par l'intervention sanglante.

La migration calculeuse et l'obstruction temporaire, qui en est la conséquence, sont susceptibles également, dans certains cas, de fournir à l'activité du chirurgien.

Dans un grand nombre de cas heureusement, cette migration s'achève spontanément : quelquefois, cependant, le calcul est volumineux, une rupture est imminente qui va produire une péritonite rapidement mortelle ; ou bien l'oblitération permanente va se produire avec ses complications graves et mortelles. On comprend, dès lors, qu'en dehors des cas où le chirurgien est obligé d'intervenir sans retard, au cours d'une péritonite par perforation, il soit conduit à intervenir préventivement, en quelque sorte, lorsque les accidents douloureux de la migration sont prolongés ou intolérables.

Lorsque l'obstruction permanente est établie, les indications sont plus délicates. Quand elle est récente, la question est aisée à résoudre, il faut à tout prix éviter la production des accidents si graves de l'angiocholite suppurée et de la cirrhose biliaire.

Quand ils se sont produits, l'abstention est de règle. Il faut, dès lors, en faire le diagnostic, et l'on ne saurait trop rechercher les signes qui en établissent l'existence. On me permettra de ne pas insister sur ce point tout spécial qui nous entraînerait hors de notre sujet. Mais là, d'ailleurs, n'est pas toute la difficulté. J'ai supposé le diagnostic de la lithiase établi. Or, sans étudier les différentes affections qui peuvent la simuler, je n'insisterai, en terminant cette partie de mon exposé, que sur les difficultés parfois insurmontables à distinguer les lésions de la vésicule d'avec certaines affections du parenchyme hépatique et surtout à établir l'origine calculeuse de l'obstruction du cholédoque. Bien souvent l'obstruction de ce canal est due à la propagation d'un néoplasme du foie, et les observations sont là, qui prouvent la fréquence de cette confusion.

Que doit-on faire dans ces cas lorsqu'on a épuisé toutes les ressources du diagnostic médical ?

Pour les affections de la vésicule, je me range à l'avis de Terrier et de son école : préférer l'incision exploratrice à la ponction ordinairement inutile et souvent dangereuse. Bien que je n'accepte nullement, en principe, l'incision exploratrice qui supprime la recherche d'un diagnostic et me paraît une façon de procéder inadmissible d'une façon générale, il existe des cas où il convient de la pratiquer ; j'y ai eu recours chez une malade qui avait une paroi abdominale très épaisse et présentait une double tuméfaction de la vésicule et du foie. J'y ai eu recours parce que ma malade souffrait depuis dix ans et qu'elle ne présentait rien, dans son histoire, qui pût faire penser à un néoplasme.

Digitized by Google

L'incision exploratrice me paraît également recommandable, sous les réserves précédemment exposées, dans certains cas d'obstruction du cholédoque.

Les opérations proposées pour le traitement des complications de la lithiase biliaire ont bien varié depuis le commencement du siècle et les diverses fluctuations de la médecine opératoire correspondent aux indécisions de la chirurgie avant l'ère antiseptique. Sans refaire un historique qui est connu de tous et se trouve bien exposé dans la thèse d'agrégation de notre ami Denucé (de Bordeaux), nous rappelerons cependant que les opérations, préconisées d'abord par J.-L. Petit, puis par Richter et Thudicum, visaient surtout les altérations de la vésicule biliaire.

Il est évident d'ailleurs qu'avec le procédé des adhérences, en honneur à cette époque, on ne pouvait songer à remédier aux altérations plus profondément situées. Les opérations applicables aux obstructions du canal cholédoque ne datent que de notre époque et ne sont entrées dans la pratique chirurgicale qu'avec les incisions exploratrices de la paroi abdominale.

En nous plaçant donc sur le terrain actuel de la chirurgie et négligeant, en conséquence, l'étude des diverses tentatives chirurgicales qui appartiennent en réalité à l'histoire, nous passerons successivement en revue les opérations actuellement en honneur pour le traitement des complications de la lithiase biliaire et nous envisagerons successivement leur valeur thérapeutique et leurs indications.

Ces opérations sont au nombre de quatre. La cholécystotomie avec établissement d'une fistule biliaire, le cholécystotomie idéale, la cholécystectomie, l'entéro-cholécystotomie.

La cholécystotomie, imaginée par J.-L. Petit et mise en honneur par Lawson Tait dans l'Ecole anglaise, consiste dans l'ouverture de la vésicule, l'évacuation des calculs qui l'encombrent et la fixation de la vésicule à la paroi, c'est-à-dire la production d'une fistule biliaire, qui se ferme plus tard spontanément ou est fermée par un nouvel acte chirurgical.

Tait a pratiqué cette opération dix-neuf fois sans un cas de mort.

Depage, dans un travail récent, donne une mortalité de 17 0/0 sur 99 cas.

Je dois à cette méthode un beau succès chez la malade dont j'ai parlé plus haut.

La cholécystotomie idéale, surtout préconisée par Spencer Vels, consiste, après l'incision de la vésicule, à refermer la plaie et à abandonner la vésicule dans l'abdomen.

La cholécystectomie est la résection totale de la vésicule. Bien qu'en ait dit Tait, qui la traite d'opération absurde, cette opération est une opération rationnelle; les expériences pratiquées sur les animaux ont démontré que la vésicule est un diverticule des voies biliaires négligeable au point de vue physiologique.

Cette opération a été introduite dans la pratique par Langenbuch qui la fit accepter tout d'abord par les chirurgiens belges et provoqua une discussion importante à l'Académie royale de Belgique.

Thiriar (de Bruxelles) fit une communication à ce sujet en 1885, au premier Congrès de chirurgie : et c'est à la suite de cette communication que parut la thèse de Denucé, qui constitue le premier travail important sur la question et où l'auteur publiait la statistique de Conrvoisier donnant 25 0/0 de mortalité pour 28 cas. Mais la question de la cholécystectomie ne devait réellement faire des progrès dans notre pays qu'après la deuxième communication de Thiriar, en 1888.

Péan, Michaux, Broca ont pratiqué cette opération avec succès. Récemment, Callot, dans une thèse importante faite sous l'inspiration de Terrier, a réuni 71 cas avec 19 0/0 de mortalité. Mais cette mortalité s'abaisse si l'on supprime les cas de mort non imputables à l'opération. Thiriar, d'ailleurs, donne 10 0/0.

Enfin l'entérocholécystotomie consiste dans l'abouchement de la vésicule avec le duodenum. Cette opération conçue par Winivarter, fut tout d'abord mise expérimentalement en exécution par Gaston d'Atlanta et exécutée pour la première fois par Monastyrki. M. Terrier a eu le mérite de la pratiquer pour la première fois dans notre pays; un de ses distingués disciples, M. Delagenière, vient de consacrer à cette opération une thèse importante. L'opération a été pratiquée huit fois, elle a donné six succès.

Parmi ces opérations, la cholecystotomie idéale de Spencer Vels est de beaucoup la moins importante ; elle ne saurait en tout cas constituer une méthode générale. Irrationnelle dans les cas où la vésicule est le siège d'une inflammation, elle ne peut convenir qu'aux cas exceptionnels où la vésicule contient des calculs et n'offre aucune lésion de ses parois. C'est donc une méthode d'exception sur laquelle nous n'insisterons pas davantage.

Nous avons, dès lors, à examiner successivement trois méthodes : la cholécystotomie, la cholécystectomie et l'entéro-cholécystotomie. Ces trois méthodes présentent une bénignité analogue à la condition, cependant, d'être appliquées *exclusivement* dans les cas qui leur conviennent; (nous verrons que la cholécystectomie entraîne constamment la mort dans le cas d'occlusion du cholédoque). On peut également dire que, toutes choses égales d'ailleurs, la mortalité qu'elles entraînent est bien plus souvent subordonnée aux cas graves où cette opération a été pratiquée, surtout dès le début, qu'à l'opération elle-même.

Ces trois opérations nécessitent toutes trois l'ouverture préalable de la cavité abdominale. On a beaucoup discuté sur le siège de l'incision. L'incision actuellement adoptée par le plus grand nombre, est l'incision médiane sus-ombilicale, complétée au besoin par une incision transversale partant de l'extrémité inférieure. J'y ai eu recours dans mon cas.

La question des indications de chacun des procédés a été singulièrement compliquée par le désir des promoteurs de faire de chacune d'entre elles la méthode générale et exclusive.

Elle me paraît fort simple, quand on veut envisager le problème sans parti-pris. Nous avons déjà dit que toutes les trois sont rationnelles et également bénignes.

Digitized by Google

Nous n'avons donc qu'à envisager simplement les circonstances dans lesquelles il conviendra de recourir à l'une ou à l'autre de ces procédés.

Je pense, qu'en thèse générale, il faudra toujours préférer la cholécystectomie à la cholécystotomie, l'excision à l'incision, car cette dernière donne souvent lieu à une fistule intarissable, ou qui oblige le chirurgien à une nouvelle intervention. L'excision a fait ses preuves, et les trois décès de Langenbuch, qui ont suivi le premier succès de l'auteur, sont dus à une technique opératoire que ce chirurgien amodifiée depuis, En conséquence, malgré l'opposition injustifiée de Tait, je crois que la cholécystectomie peut, à bon droit, être considérée comme l'opération de choix.

Malheureusement, l'ablation n'est pas toujours possible quand la vésicule a contracté des adhérences intimes avec les organes voisins. C'est dans ces cas, et dans ceux-ci seulement, qu'il faut recourir à la méthode de Petit, c'est-à-dire à l'établissement d'une fistule. Nous verrons plus loin les contre-indications de l'anastomose dans ces cas.

Cette méthode est donc de beaucoup supérieure à sa rivale ; non seulement elle supprime la fistule, mais aussi elle évite l'éventration qui en est presque toujours la conséquence : car la reconstitution de la paroi, quand on l'a incisée traversalement, est bien difficile, pour ne pas dire impossible, dans les cas de fixation de la paroi; c'est un point sur lequel les auteurs n'ont jamais insisté.

Mais je me hâte de le dire: si la cholécystectomie est l'opération de choix, elle exige une grande habitude de la chirurgie abdominale. Elle est plus périlleuse que la fixation, car le pédicule peut céder sous la pression de la bile, il peut devenir le point de départ d'une inflammation septique; il a donc besoin d'un traitement spécial et délicat qui exige une éducation chirurgicale perfectionnée.

L'opération de cholécystectomie exige la perméabilité du cholédoque. Pour peu que cette perméabilité n'existe plus, il faut abandonner l'opération et recourir à un autre procédé, sous peine de voir le malade succomber rapidement.

La cholécystotomie ordinaire peut être alors pratiquée, mais nous allons voir justement la supériorité, dans ces conditions, de l'opération de Gaston d'Atlanta.

En résumé, l'opération de Langenbuch peut être considérée comme l'opération de choix, mais il faut d'abord qu'elle soit pratiquement exécutable (absence d'adhérence), il faut aussi, sous peine de mort, que le cholédoque soit perméable. Le chirurgien devra donc explorer avec soin le conduit sur le bord antérieur de l'hiatus de Vinslow.

Il pourra, dans certains cas exceptionnels, mobiliser les calculs qui s'y trouvent. Cette manœuvre est longue et périlleuse; Trélat a perdu une malade en rompant le canal cystique au cours de ces manœuvres.

En aucun cas on aura recours à la pratique de L. Tait, qui consiste à écraser la paroi sur les calculs, et qui réellement pourrait mériter l'épithète qu'il a donnée injustement à l'opération de Langenbuch.

Le chirurgien devra se contenter de manœuvres très douces, suivies d'extraction à la pince quand le calcul s'engage dans le canal cystique au voisinage du collet de la vésicule.

Ces manœuvres sont naturellement indiquées dans le cas de cholécystotomie simple s'il existe des calculs dans le canal cystique et au niveau du collet de la vésicule.

Nous avons dû, chez notre malade, enlever un calcul profondément engagé et nous avons eu recours avec succès à ces méthodes de douceur.

Nous avons maintenant à discuter les indications de l'entero-cholécystotomie. On a trop étendu, à mon sens, les indications de cette opération et cherché inutilement à la substituer à la cholécystectomie. L'opération de l'abouchement est une opération délicate et qui ne peut constituer qu'une précieuse ressource dans les cas où l'extirpation n'est pas praticable. Mais elle est loin de pouvoir s'appliquer à tous les cas. C'est dans les cas d'obstruction du cholédoque qu'elle trouve sa principale application. Le canal cystique et la vésicule constituent, dans ces conditions, une voie de dérivation pour la bile. Mais je ne conçois pas l'utilité de l'opération dans les obstructions du canal cystique, comme la chose a été proposée, et je préfère de beaucoup l'extirpation de la vésicule quand celle-ci est le siège d'une collection.

A quoi bon aboucher à l'intestin une vésicule suppurée qui représente une véritable collection purulente pouvant, sous une influence quelconque, devenir le point de départ d'accidents graves. Je ne saurais admettre cette détermination de la part du chirurgien que s'il y a une obstruction permanente du cholédoque et la possibilité d'établir une dérivation de la bile par le canal cystique.

L'opération de l'entéro-cholécystotomie peut trouver également une application intéressante dans la fistule biliaire. La fistule biliaire peut être spontanée ; dans ces conditions, la cholécystite s'est propagée à la paroi abdominale ; d'où des adhérences entre cette dernière et la vésicule et la production d'un phlegmon dont l'ouverture amène la communication à l'extérieur de cette vésicule et de son contenu. Souvent cette fistule est provoquée, elle constitue le deuxième temps de la cholécystotomie ordinaire. Dans les deux cas elle fournit une quantité variable de pus et de bile.

Or, si, ainsi que nous venons de le dire, l'entero-cholécystotomie est applicable à cette lésion, elle ne l'est pas dans tous les cas.

Tout d'abord la fistule biliaire est susceptible de guérison spontanée, lorsque le cholédoque est perméable, que les parois de la vésicule ne sont pas trop profondément altérées et qu'elle ne contient pas de calculs oubliés ou reproduits depuis l'opération ; la fistule s'oblitère peu à peu et finit par guérir. La pratique journalière nous montre de nombreux cas de ce genre.

Lorsqu'au contraire, la persistance de la fistule tient à l'altération profonde de ses parois, il ne me paraît pas rationnel, lorsque le cholédoque est perméable, de recourir à l'anastomose. On doit toujours tenter l'extirpation de la vésicule, à moins que les adhérences ne soient trop étendues. L'anastomose n'ayant pas de raison d'être dans

Digitized by Google

ce cas et créant en quelque sorte une cavité purulente intra-abdominale et péri-intestinale avec tous ses dangers, si les adhérences sont trop étendues pour pratiquer l'extirpation, le cas doit être considéré comme incurable et abandonné à lui-même. Ce n'est que dans le cas d'obstruction totale du cholédoque, lorsque l'écoulement de bile au dehors menace directement l'existence, qu'on peut se résoudre à l'anastomose qui ne saurait être considérée alors que comme un pis aller, puisque la fixation à l'intestin de parois suppurantes n'est pas sans constituer un nouveau danger pour le malade. On voit donc que la fistule biliaire ne peut être que dans des conditions exceptionnelles justiciable de l'anastomose, que l'on doit s'efforcer de la traiter par l'extirpation de la vésicule toutes les fois qu'elle est possible, mais que le plus souvent, il faut l'avouer, cette complication est logiquement au-dessus de nos ressources actuelles.

CLINIQUE HYDROLOGIQUE

De la cure de Vichy comme moyen de diagnostic

Par M. le Dr Cyr

Tout le monde sait que les cures thermales provoquent, pendant leur cours, des phénomènes d'excitation plus ou moins intenses suivant la nature de l'eau minérale et sa température, et auxquels on a donné le nom générique de *poussée thermale*. Ces phénomènes d'excitation se traduisent souvent par des accidents analogues à ceux pour lesquels ces eaux ont une action curative : ici ce sont des manifestations du côté de la peau, là ce sont des crises de colique hépatique ou des accès de goutte. On ne peut pas dire qu'ils soient inévitables, ni qu'ils soient nécessaires pour assurer les bons effets de la cure ; mais il est certain qu'on n'est pas toujours maître de les empêcher, de même qu'il est parfois aisé de les provoquer à volonté : on peut d'ailleurs avoir occasion d'en tirer parti (1).

En effet, l'action spéciale de la cure de Vichy sur la diathèse arthritique peut être utilisée comme moyen de diagnostic dans des cas douteux, en ce sens que chez des sujets soupçonnés d'être atteints de cette diathèse sans qu'il y ait de manifestation bien nette, il est permis d'espérer que sous l'influence excitante de cette cure il se produira quelque détermination viscérale ou articulaire, ou autre, qui témoignera en faveur de la diathèse présumée. Ces cas-là sont cependant rares : en général, on conseille la cure de Vichy à des sujets ayant déjà présenté quelques manifestations diathésiques et précisément pour en prévenir le retour ou les atténuer, et il est exceptionnel qu'on la conseille à des sujets indemnes jusque-là, simplement suspects, et pour préciser le diagnostic étiologique.

Nous avons eu l'occasion de voir, il y a deux ans, un malade âgé d'une trentaine d'années, qui était soigné depuis plusieurs mois par deux de nos collègues, l'un oculiste des plus distingués, l'autre médecin des hôpitaux, pour une ophtalmie double assez grave sur laquelle je n'ai pas à donner de détails, d'autant plus que le cas a été publié assez récemment par l'*Union médicale*. En raison des antécédents de famille, on avait lieu de supposer que l'ophtalmie rebelle dont ce malade était atteint pouvait être d'origine goutteuse. Aussi avait-on employé, conjointement avec divers moyens locaux, les médicaments altérants les plus efficaces, sans cependant en obtenir d'effet curatif bien appréciable, ni quelque autre effet indiquant qu'on était bien en présence d'un terrain goutteux. L'eau de Vichy transportée avait également été prescrite, même à dose relativement assez forte et pendant longtemps, sans résultat plus satisfaisant.

C'est dans ces conditions que nos collègues se décidèrent à m'adresser leur malade pour avoir mon opinion sur l'opportunité d'une cure sur place et sur l'effet favorable ou défavorable qu'on pouvait en attendre. En tentant la cure de Vichy, leur objectif était double : préciser le diagnostic étiologique en vertu de l'adage : *naturam morborum ostendunt curationes*, et agir sur l'affection oculaire soit en atténuant l'état diathésique ou en provoquant une détermination locale éloignée qui servirait de dérivatif puissant. J'approuvai complètement leur manière de voir et mis le malade en traitement. Du cinquième au sixième jour de la cure éclata un bel accès de goutte, localisée d'abord au pied droit et qui envahit ultérieurement l'autre pied, mais avec prédominance marquée d'un côté. L'accès dura, avec des atténuations et des rechutes, environ quinze jours pendant lesquels la cure ne fut pas interrompue, mais seulement menée moins activement. Le résultat fut que, pendant toute la durée de son séjour à Vichy, le malade ne subit du côté des yeux aucune poussée inflammatoire, tandis que cet accident se reproduisait très fréquemment avant la cure. Deux mois après, il est venu faire une seconde saison qui, cette fois, s'est passée sans nouvel accès.

Sans parler de l'effet ultérieur de la cure, le résultat le plus remarquable a donc été la confirmation du diagnostic par l'accès de goutte qu'elle a déterminé, accès de goutte qui a produit une dérivation assez accentuée puisqu'il y a eu une accalmie remarquable des poussées congestives oculaires.

Il y a quatre ans, un confrère exerçant dans le midi de la France venait nous demander de le diriger dans sa cure pour une affection sur le diagnostic de laquelle on avait émis des avis très différents. Pour M. Grasset, qui l'envoyait à Vichy, ainsi que pour nous, il s'agissait d'une lithiase biliaire ayant évolué d'une façon un peu anormale et présentant une symptomatologie plus complexe que caractéristique. En raison précisément du désaccord qui régnait sur le diagnostic de ce cas, soumis à un certain nombre de médecins, notre confrère était fort inquiet, et son caractère s'en était sérieusement ressenti. En somme, le symptôme capital, la colique hépatique classique, avait toujours fait défaut, et c'était là la grande objection contre l'existence de l'affection calculeuse.

(1) *Société médico-pratique* (23 février 1891).

Digitized by Google

Par suite de la très grande susceptibilité de notre confrère à l'action des médicaments, la cure fut menée avec une prudence excessive, en débutant par des doses exceptionnellement minimes, mais graduellement progressives. Cela n'empêcha pas que, vers le milieu de la cure, qui fut d'une trentaine de jours, il survint une violente crise de colique hépatique qui tint le malade deux jours au lit, mais le remplit de satisfaction, car il savait désormais à quoi s'en tenir sur la nature de son mal, que vint encore confirmer une grande amélioration consécutive, ainsi que cela arrive généralement en pareil cas.

Enfin, le cas suivant, qu'on peut rapprocher des précédents au point de vue des effets de la cure, offre un autre genre d'intérêt.

Il y a une huitaine d'années, un médecin d'Epernay nous adressait une jeune femme affectée de congestion utérine, suite de couches, dans l'espoir que sous l'influence des bains minéraux on obtiendrait la résolution de cette congestion passive résultant d'une involution incomplète. L'appétit étant en même temps très défectueux et les digestions souvent pénibles, on comptait aussi que l'eau minérale en boisson arriverait à les améliorer. Le traitement fut donc institué dans ce sens et mené en somme peu activement, comme le comportait la situation. Vers le dixième ou douzième jour de la cure, cette dame fut prise brusquement, à peu près sans prodromes, d'une crise assez violente de colique hépatique, la première qu'elle eût jamais eue, mais qui fut plus tard suivie de bien d'autres, avec les accidents les plus habituels de la lithiase biliaire. Ce ne fut pas sans peine que nous fîmes comprendre à la malade et à son entourage que s'il s'était produit une crise de ce genre, c'est qu'il y avait chez cette dame tout ce qu'il fallait pour cela, et que la cure avait simplement joué le rôle d'agent excitant, de cause occasionnelle, fort heureusement d'ailleurs, puisqu'elle avait permis de découvrir une maladie qu'on ne soupçonnait pas et qui ne pouvait devenir que plus accentuée et plus difficilement curable en restant latente et méconnue.

J'ai pensé que ces faits, qui sortent un peu de la pratique courante, avaient assez d'intérêt pour mériter d'être signalés.

REVUE DES CLINIQUES

CHIRURGIE ET OPHTHALMOLOGIE

AUTRICHE. (Hôpital général de Vienne). I. *Traitement des tumeurs inopérables: la tinctothérapie.* — ITALIE. (Clinique ophthalmologique de Catane). II. *Traitement chirurgical de la conjonctivite granuleuse.*

I. **Traitement des tumeurs inopérables : la tinctothérapie.** — S'il est un *opprobrium artis*, un traitement ingrat, c'est bien celui-là; l'humanité nous commande cependant de ne pas laisser sans soulagement et sans consolation les malheureux atteints de néoplasmes incurables. C'est à cette tâche que s'est voué depuis plus de dix ans le Dr von Mosetig-Moorhof, de Vienne. Il a essayé beaucoup de traitements : les injections salées de nitrate d'argent, d'eau oxygénée, les préparations de condurago, la térébenthine de Chio, la papaïotine, etc... Dans ses recherches il s'est laissé guider par cette notion que les tissus pathologiques ont une vitalité moindre que les tissus sains : d'où la possibilité d'atteindre les premiers sans toucher aux seconds.

Il rappelle à ce propos deux cas d'épithelioma cutané du visage, traités par l'application locale d'acide lactique qui avait fait disparaître toutes les parties malades indurées en respectant la peau saine. A la place du tissu pathologique existaient des granulations de bonne nature, capables de cicatrice. Du reste, l'usage de l'acide lactique s'est répandu et les laryngologistes l'employent dans la tuberculose du larynx dans un même but : détruire les tissus néoplasiques, épargner les parties non malades. Mais si cet acide réussit sur les épitheliomas superficiels et de petite surface, son application douloureuse limite son emploi. Basée sur l'influence favorable de l'érysipèle greffé par hasard sur les tumeurs de mauvaise nature, l'inoculation voulue et systématique de la maladie sembla rationnelle. P. Bruns traitait ainsi vingt-deux cas, sur lesquels trois de sarcômes dont la guérison ne se démentit pas. Mêmes tentatives de la part de Janicke pour le cancer du sein. Il est vrai de dire que les inoculations faites avec les cultures de streptocoque furent parfois stériles, parfois sans résultat pratique ; il y eut même un cas de mort. Malgré tout, la méthode avait certains avantages qu'on pouvait rapporter aux changements survenus dans la circulation et la température de la région subitement accrues. Dans cette pensée M. von Mosetig-Moorhof chercha une substance qui, avec une même action vaso-dilatatrice, ne comportât pas les dangers d'une infection, comme l'érysipèle. Injectée dans un noyau de récidive de cancer mammaire, cette substance le fit complètement disparaître et de même dans nombre de cas. Malheureusement M. von Mosetig-Moorhof ne croit pas encore devoir dévoiler son secret, il attend que la vogue de la lymphe de Koch soit passée. Il paraît que les remèdes secrets sont aussi bien dans les mœurs à Vienne qu'à Berlin. En tout cas l'inventeur nous prévient que son liquide, capable de résorber les petits noyaux cancéreux, n'empêche pas jusqu'à la fin la récidive, n'agit pas contre les tumeurs plus étendues et plus anciennes ; mais il peut servir à détruire les tubercules locaux.

L'évolution des néoplasmes fit naître la pensée d'agir dans un sens tout différent. Les tumeurs croissent par la multiplication des noyaux des cellules par kariokynèse ; si l'on pouvait empêcher cette division et cette augmentation des éléments et, qui plus est, anéantir la vitalité de ces noyaux, on aurait des chances de voir le néoplasme s'arrêter dans son extension ou même revenir sur lui-même. Or, on sait la facilité avec laquelle les matières colorantes se portent sur les noyaux. On pouvait donc essayer si, chez l'homme vivant, la substance tinctoriale ferait élection sur les noyaux des cellules des tumeurs de préférence à ceux des parties saines. Le sel mis d'abord en usage fut l'aniline trichlorée (bleu d'aniline). Plusieurs cancéreux furent soumis à ce traitement, mais les accidents forcèrent à le cesser bientôt. Un premier malade, porteur d'un cancer du pubis inopérable, auquel on injecta une seringue de Pravaz,

Digitized by Google

puis deux de la solution au centième, présenta un peu de cyanose passagère, tandis que s'éliminait la tumeur sous forme de détritus colorés en bleu. Mais après une injection de 4 grammes de solution à 1 0/0, le patient vomit, perdit connaissance, se cyanosa, râlait plutôt qu'il n'avait la respiration du Cheynes Stokes; le pouls était ralenti. Au bout de trois heures de respiration artificielle, après plusieurs injections d'éther, le malade se remit. Il put quitter l'hôpital après huit semaines. Sa tumeur, grosse comme le poing au début, n'avait plus que le volume d'une grosse noix. Il put reprendre ses affaires et mourut un an après d'une pneumonie, sans récidive de la part du néoplasme.

Dans trois autres cas, malgré de faibles doses, il y eut des accidents analogues d'intoxication par l'aniline, qui, bien que non mortels, démontrèrent que si la méthode était bonne théoriquement, elle n'était pas encore mûre pour la pratique.

Heureusement, l'apparition de deux nouvelles matières colorantes, le violet de méthyle et l'auranine appelée aussi pyoctanine, dépourvues de toxicité, permirent de nouveaux essais.

Un premier malade atteint de sarcome de la mâchoire inférieure reçut dans sa tumeur des injections de violet de méthyle au nombre de 35, d'abord à 1/500e, puis à 1/300e. Comme résultat, la tumeur n'est plus qu'un tiers de ce qu'elle était auparavant et l'état du malade de beaucoup plus satisfaisant. Dans une seconde observation c'est d'un cysto-sarcome de la région sterno-claviculaire qu'il s'agit, on l'a injecté 12 fois avec 6 grammes de la solution à 1/300, il y a diminution d'un tiers.

Même résultat satisfaisant chez une femme souffrant d'un papillome vésical avec hématuries rebelles, chez un homme atteint de cancer des ganglions du cou.

Un autre malade avait un sarcome du petit bassin qui nécessita l'établissement d'un anus contre-nature lombaire. Dans l'espérance d'un rétablissement ultérieur du cours des matières, l'ouverture fut faite petite; en effet, le huitième jour après l'opération il passait quelques fèces par le bout inférieur, mais au bout d'un mois la tumeur avait crû. On fit alors 14 injections de violet de méthyle à 1/500e de chacune 3 grammes. Le néoplasme est réduit d'un tiers, le rectum est libre, plus de troubles vésicaux; le malade a repris ses affaires.

Ces résultats, tout récents et tout incomplets qu'ils sont, ne laissent pas moins place à une grande espérance, qui autorise les tentatives dans le même sens.

Les solutions employées sont à 1/1,000e, 1/500e, 1/300e; on pourra les faire plus fortes certainement. Jusqu'à 6 grammes à 1/300e, les injections sont sans douleur, sans réaction locale ni générale, tout au plus un peu de rougeur de la peau. On doit prendre toutes les précautions d'antisepsie désirables et répéter l'opération tous les deux ou trois jours.

L'avenir nous réserve sûrement de meilleures matières tinctorales, les unes conviendront peut-être mieux au sarcome, d'autres au carcinome, mais on peut dire qu'une ère nouvelle est ouverte en thérapeutique chirurgicale, celle de la tinctothérapie.

II. Traitement chirurgical de la conjonctivite granuleuse. — Contrairement à l'opinion conrante exprimée dans beaucoup de traités d'ophthalmologie, qui n'encouragent pas l'intervention directe contre les granulations, le Dr G. Anfuso préconise l'excision complète du cul-de-sac conjonctival contre la conjonctivite granuleuse, et, cette excision, il l'a faite systématiquement à tous les stades de la maladie, surtout quand la cornée commence à prendre part au processus pathologique et à perdre sa transparence.

Au début, à la période où les granulations se développent, l'excision arrête court les progrès de celles-ci, car c'est de la muqueuse que vient la source de l'infection. A la période d'état, l'opération facilite la régénération de l'épithelium cornéen exfolié. Dans les cas chroniques, durant depuis des années et entretenus par l'état scrofuleux du sujet, cas peu favorables au traitement, l'excision donne des succès très nets; enfin, dans la période de déclin, l'intervention met une entrave aux retours offensifs de l'affection, si préjudiciables à la cicatrisation.

Du reste, cette pratique a déjà été suivie par Noiszenski (*Centralblatt für praktische Augenheilkunde*, février 1890) qui fit l'ablation complète de la conjonctive jusqu'aux cartilages tarses qu'il remplaça par un lambeau pris à la muqueuse labiale; de même faisait Castorani, mais sans greffer d'autre muqueuse. Hans Adler (*Wiener Doktoren Collegium*, 13 octobre 1890) détruisait la conjonctive au galvano-cautère.

L'auteur, qui a pratiqué à la clinique du Dr Barbagallo (Catane), a employé la méthode de Galezowski, sans suture de la conjonctive.

Voici le manuel opératoire: le malade assis, on anesthésie l'œil avec la cocaïne. L'opérateur placé en avant retourne la paupière supérieure, fixe le cul-de-sac conjonctival à l'aide d'une pince à fourchette et à dents comme celle de Galezowski; avec une autre pince, il soulève tout le cul-de-sac, et, de la main droite, armée de forts ciseaux courbes de Cowper à pointe mousse, il excise la conjonctive granuleuse dans toute l'étendue qui correspond au cul-de-sac et sur une largeur de 6 à 8 millimètres jusqu'au niveau du bord supérieur du cartilage tarse en allant jusqu'aux tissus sous-conjonctivaux, mais en évitant, par la bascule de la pince, de descendre sous la conjonctive bulbaire.

On arrête la petite hémorrhagie par la compression et on lave l'œil avec une solution tiède de sublimé à 1 pour 5.000. Les soins consécutifs consistent en lavages au sublimé à 1 pour 5,000 et en badigeonnages à 1 pour 3,000.

Loin de donner, comme on l'a objecté théoriquement, une cicatrice indélébile à la place du cul-de-sac, de provoquer l'entropion par rétraction cicatricielle de la paupière supérieure ou le symblépharon postérieur, entravant les mouvements du globe oculaire, l'opération bien conduite donne des résultats excellents dans la conjonctivite granuleuse, dans le trachôme avec pannus de la cornée. C'est la meilleure intervention qu'on puisse choisir dans une affection si rebelle aux autres genres de traitement.

Dr H. Gillet.

Digitized by Google

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

MÉDECINE

Un cas de gangrène consécutive à la scarlatine, par M. H Reid Dawis. — Cette complication de la scarlatine est rare et le cas suivant intéressant (*The Brit. Med. Journal*, 28 février 1891).

Le malade âgé de neuf ans était depuis trois semaines en convalescence de scarlatine et en pleine desquamation, quand apparurent sur les coudes, le cou de pieds et la plante des pieds, des plaques rougeâtres et des ecchymoses. Pas de fièvre; urines et selles normales.

Les plaques ecchymotiques étaient périarticulaires, symétriques et douloureuses, mais il n'existait point de douleurs dans les jointures; ni spontanément, ni dans les mouvements. Le malade succomba deux jours après le début de ces accidents. L'autopsie donna des résultats négatifs.

Il s'agissait d'une gangrène symétrique à marche rapide pendant la période de desquamation de la maladie.

C'est un fait clinique à retenir dans l'intérêt du pronostic: car l'attaque de scarlatine n'avait pas offert un degré exceptionnel de gravité. L. R.

Gangrène de la vésicule biliaire et ulcère rond de l'estomac, par M. Goldenberg. — Pareille complication est aussi un fait rare, c'est ce qui l'a fait relater. La malade, âgée de 59 ans, après un repas trop copieux de poisson cuit, se mit à vomir, à avoir de la diarrhée et se sentit d'une grande faiblesse. Température 18°3, pouls 104. Emphysème pulmonaire. Le ventre ballonné est douloureux à l'épigastre et à l'hypochondre droit. L'état diarrhéique continue et la malade succomba après un érysipèle intercurrent. (*Int. Klin. Rundschau* 1891, n. 6).

A l'autopsie on trouva du pus teinté par la bile dans une cavité limitée en avant et à droite par la paroi abdominale, en arrière par le côlon ascendant refoulé et le péritoine qui recouvre le duodenum; à gauche, par le ligament suspenseur du foie et le grand epiploon enflammés, en haut et en arrière par le bord du lobe droit du foie. Le péritoine est épaissi et recouvert d'une couche de pus. La vesicule nage dans le pus et ses parois sont ramollies; elle contient vingt calculs et communique avec une large perforation de la petite courbure. H. G.

Pneumonie infectieuse et névrite périphérique, par M. Leech. — Cette observation démontre bien la nature infectieuse de la maladie (*Medical Chronicle*, janvier et février 1891).

Il s'agissait d'un malade qui fut atteint de pneumonie dans le cours d'une épidémie. Cinq ou six jours après la defervescence, il présenta de la paralysie des extrémités inférieures et peu de temps après des membres supérieurs. Le reflexe rotulien était aboli et les muscles des jambes et des bras étaient flasques. M. Leech attribue ces troubles de la mobilité à une névrite périphérique. Ce fait confirme des observations antérieures qui ont été publiées et autorise à placer de telles paralysies dans la catégorie des paralysies toxiques. S. R.

THÉRAPEUTIQUE

De l'action physiologique du kava-kava, par M. D. Cerna. — Cette plante, de la famille des Piperacée, possède des propriétés stimulantes et même toxiques. On est mal fixé sur son principe actif: la kavahine, l'yangonine ou la lewinine. Cette dernière posséderait les vertus de la plante-mère. C'est pourquoi, au lieu de chercher à résoudre ce problème de chimie, l'auteur a étudié sur les animaux l'action physiologique de l'infusion aqueuse du kava-kava (*The therapeutic Gaz.*, 15 janv. 1891, p. 7).

Les conclusions de ces expériences sont les suivantes:

1° Le kava-kava provoque l'anesthésie générale et une diminution de la sensibilité locale en agissant sur les extrémités nerveuses qu'elle paralyse.

2° Il abolit la réflectivité et produit des paralysies: phénomènes attribuables à son action sur la moelle épinière.

3° Cependant, il augmente l'impulsion cardiaque, en diminuant le nombre des pulsations, et en stimulant les ganglions et les centres exhibitoires.

4° Il augmente la tension artérielle quand les nerfs pneumogastriques sont intacts, mais l'abaisse après la section de ces cordons nerveux. Alors, il y a action directe sur le muscle cardiaque.

5° Il agit sur la respiration d'abord comme un stimulant, plus tard en paralysant ses mouvements, c'est-à-dire en modifiant d'abord l'activité des terminaisons nerveuses et, ensuite, celle de la molle.

6° A faibles doses, il augmente la température, mais à doses élevées; il la diminue.

7° Enfin, il provoque la sialorrhée. S. R.

Un mode d'administration du sulfonal, par M. Stewart. — Ce procédé consiste à placer dans un verre la poudre médicamenteuse et à remplir aux deux tiers le verre avec de l'eau chaude (*The New-York Med. Journal*, 14 février 1891).

On agite vivement pour éviter toute précipitation et on remplit le verre d'eau froide pour modérer la température et la rendre tolérable. La solution doit être ingérée à une température aussi chaude que possible; cette condition facilitant l'absorption du remède. On peut aromatiser le liquide avec une cuillerée à café de crême de menthe. Dans ces conditions, l'action somnifère se produit dans l'espace de quelques minutes S. R.

De l'iodure de terpène dans les maladies aiguës du poumon, par M. W. Gregg. — L'auteur admet que cette substance qui posséderait à la fois les vertus des iodiques et celles de la térébentine, pénètre, sans être modifiée, dans la circulation quand on l'administre par la voie stomacale. Ce serait donc un antiseptique et un parasiticide puissants. (*The New-York Med. Journal*, 14 février 1891, p. 184).

On l'emploie en pulvérisations sous la forme de spray pour combattre les affections laryngées. S'il s'agit de la pneumonie ou de la phtisie pulmonaire, on l'administre à la dose de dix gouttes, une ou deux fois répétées quotidiennement et véhiculées dans du sucre pulvérisé. De plus, on peut le prescrire dans du lait ou du bouillon. Ce médicament aurait enfin l'avantage d'être diurétique. S. R.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

MALADIES DES VOIES URINAIRES

Du cathétérisme chez l'homme

Le cathétérisme est une opération qui consiste à *introduire* dans la vessie ou simplement dans l'urèthre une sonde, un explorateur, une bougie ou un instrument destiné à pratiquer une opération spéciale sur les voies urinaires.

Le cathétérisme exige de la part du chirurgien beaucoup d'attention et de soin. C'est toujours une opération délicate, mais surtout dans les cas où l'instrument doit traverser un urèthre pathologique. D'où une première division : 1° cathétérisme pratiqué dans l'urèthre sain ; 2° cathétérisme pratiqué à travers l'urèthre pathologique.

Lorsque l'*urèthre est sain*, le cathétérisme peut avoir pour but d'*évacuer le réservoir urinaire*, d'*explorer*

Digitized by Google

l'urèthre ou *la vessie*, ou bien de *pratiquer une opération spéciale sur les voies urinaires.*

Occupons-nous d'abord du *cathétérisme* dit *évacuateur*. L'instrument de choix à employer dans cette variété de cathétérisme est la sonde molle en caoutchouc vulcanisé ou sonde de Nélaton. C'est l'instrument le plus inoffensif et il suffit dans la plupart des cas.

Lorsque la résistance du sphincter uréthral est trop considérable, qu'elle s'oppose à l'introduction de cette variété d'algalies, il faut recourir aux sondes en gomme à bout cylindrique, qui franchissent ordinairement la région sphinctérienne de l'urèthre avec la plus grande facilité. Parfois il arrive cependant que les sondes en gomme elles-mêmes ne peuvent pas triompher de la résistance du sphincter uréthral. Que faire dans ces cas? On doit anesthésier l'urèthre avec une solution de chlorhydrate de cocaïne employée comme je l'ai indiqué ici même (1). Au bout de trois à cinq minutes, la sonde en gomme franchit sans difficulté la région sphinctérienne de l'urèthre. J'en ai publié plusieurs observations. Dans un cas, il s'agissait d'un typhique de l'hôpital de la Pitié, atteint de rétention d'urine.

Quant à la sonde en argent, on pourrait presque dire qu'elle n'a plus aujourd'hui d'indications lorsque l'urèthre est normal.

Quelles précautions doit-on prendre avant de pratiquer le cathétérisme évacuateur? Si l'urèthre, la vessie et l'urine sont aseptiques, il suffit de rendre aseptique la sonde dont on va se servir. Pour obtenir ce résultat, on peut employer divers procédés, que je classerai de la façon suivante :

1° Procédés de laboratoire ;
2 Procédés applicables à l'hôpital ;
3° Procédés pratiques.

Je ne m'occuperai que de ces derniers, lesquels varient avec l'*instrumentation* (instrument métallique, sonde en caoutchouc ou instrument en gomme).

Les instruments métalliques sont rendus aseptiques en suivant les règles de l'antisepsie chirurgicale ordinaire. On peut, par exemple, les plonger pendant quelques heures dans une solution d'acide phénique à 5 0/0 ou bien les faire bouillir pendant une demi-heure, puis les plonger quelques instants dans la solution d'acide phénique que je viens d'indiquer. Il est bien entendu qu'avant d'agir ainsi on doit avoir soin, aussitôt que l'on s'est servi de ces cathéters chez des malades dont les voies urinaires contiennent des microbes pathogènes, de les soumettre à une large irrigation intérieure et de soigneusement les laver extérieurement avec du coton hydrophile et une solution saturée d'acide borique.

Les instruments, une fois désinfectés et séchés, sont conservés dans des boîtes aseptiques bien fermées. Lorsqu'on veut s'en servir, il est bon de les laver avec une solution de sublimé au millième, puis de les plonger immédiatement dans une solution saturée d'acide borique. Ce dernier liquide seul est inoffensif pour les voies urinaires. C'est donc une règle générale que l'on ne doit pas oublier : tout cathéter, quel qu'il soit, doit être plongé dans une solution saturée d'acide borique avant d'être introduit dans les voies urinaires.

Les sondes de Nélaton, en caoutchouc rouge, sont également faciles à rendre aseptiques. Elles peuvent, en effet, être plongées sans inconvénients sérieux dans des solutions antiseptiques.

Passons maintenant aux instruments en gomme. L'asepsie de cette dernière variété de cathéters est plus difficile à réaliser par les procédés pratiques, parce qu'ils sont altérés par les solutions antiseptiques. Parmi les moyens pratiques cités par les auteurs comme réalisant une asepsie absolue des sondes en gomme, le suivant me paraît être celui que l'on doit préférer. On injecte dans l'intérieur de la sonde de l'alcool à 70 degrés, puis une solution de sublimé au millième, ensuite on fait bouillir pendant vingt minutes l'instrument dans l'eau. On a soin de veiller à ce qu'il plonge bien dans ce liquide. Je dois ajouter que l'ébullition seule pendant une demi-heure suffit dans la plupart des cas.

Lorsque les voies urinaires inférieures contiennent des microbes pathogènes, il ne suffit plus d'employer une sonde aseptique, il faut également débarrasser l'urèthre des bactéries et des poisons bactériens qui y sont contenus. On aura donc soin de laver tout le canal uréthral avant de sonder le malade, ce qui est facile aujourd'hui, grâce aux procédés que j'ai décrits il y a déjà plusieurs années.

La verge, l'urèthre et la sonde étant rendus aseptiques, on enduit le cathéter de vaseline, ou mieux du mélange suivant:

Vaseline.....	20 gr.
Acide borique bien pulvérisé.....	1 —

L'huile phéniquée irrite souvent le canal.

Il est bien entendu que les mains de l'opérateur doivent être d'une propreté chirurgicale.

Avant de pratiquer le cathétérisme, il est bon de prendre encore quelques autres précautions. Le malade doit être couché horizontalement sur le dos, la tête relevée et soutenue par un oreiller, les cuisses légèrement fléchies, écartées et reposant sur leur face postérieure. Un vase plat, destiné à recevoir l'urine, est placé entre les cuisses du malade.

Après avoir découvert le gland et saisi la verge au-dessous de cet organe avec la main gauche, qui doit bien tendre la verge, le chirurgien, placé à droite du malade et tenant la sonde en caoutchouc de la main droite, l'*introduit doucement dans le canal.* Il la fait glisser lentement, graduellement, en ayant soin de toujours la tenir presque au contact du méat, n'écartant guère les doigts de cet orifice que d'un ou deux centimètres pour avancer et continuer la propulsion. Lorsque l'extrémité de la sonde arrive dans le cul-de-sac du bulbe, il faut redoubler de précautions, bien tendre la verge, afin de réduire au minimum la dépressibilité de la paroi inférieure et l'empêcher de coiffer l'extrémité de la sonde. Celle-ci va alors buter contre le sphincter uréthral, dont la résistance est bientôt vaincue dans la plupart des

(1) Lavaux. De l'emploi de la cocaïne dans le traitement des affections des voies urinaires. (*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1889.

Digitized by Google

cas, et désormais la sonde chemine facilement jusque dans le réservoir urinaire. On est averti que la sonde est arrivée dans la vessie par l'issue de l'urine, qui s'écoule aussitôt au dehors.

Les sondes en gomme s'introduisent comme les sondes en caoutchouc, c'est-à-dire par propulsion lente avec la verge bien tendue. Comme les sondes en caoutchouc, elles doivent également être toujours introduites sans mandrin.

Le mode d'introduction des sondes métalliques courbes est bien connu. Je n'y insiste pas.

Dr LAVAUX.

(*A suivre.*)

REVUE DES LIVRES

Bulletin de la Société de médecine de Besançon et de la Franche-Comté (3e série, 1888, Besançon, P. Jacquin).

Besançon est une ville universitaire par ses mœurs et ses traditions. Le titre d'Université manque à ses institutions scientifiques; elles en ont l'esprit cependant, à preuve, en ce qui concerne les sciences médicales, les travaux de sa vaillante Société de médecine.

Il suffit de parcourir le volume qu'elle vient de publier pour se rendre compte de ses louables et heureux efforts. On travaille dans le corps médical franc-comtois et, de plus, on y fait des travaux excellents et fructueux.

L'hygiène publique et la prophylaxie y sont en honneur : MM. les Drs Chapoy, Baudin et Contenot ont en effet publié des mémoires importants sur l'*état sanitaire de Besançon*, sur la *salubrité* et sur les rapports entre cette dernière et les *épidémies de fièvre typhoïde*. C'est question bien actuelle! Ces mémoires seront opportunément consultés par tous hygiénistes ; la question est d'utilité générale, bien que traitée par nos confrères, au point de vue local.

Dans le même esprit, voici encore un travail, de M. Boiteux fils, sur la *diphtérie à Baume-les-Dames* où notre distingué confrère donne le résumé de ses observation cliniques

Si les questions d'hygiène sont d'un intérêt universel et ubiquitaire, nos confrères n'omettent point pour cela les études cliniques et les recherches thérapeutiques. En médecine ce volume contient un excellent mémoire sur un accident trop peu décrit, *le relâchement hypertrophique de la luette*, par M. L. Baudin, et une observation de *retention d'urine et paralysie occasionnée par un phimosis*, par M. Boiteux fils ; en chirurgie et en obstétrique, des notes de M. Mercier sur un *môle hydatiforme*, de M. Ledoux ; sur un *monstre sternophage* et sur la *luxation metacarpo-phalangienne des trois derniers doigts de la main droite* ; enfin, en thérapeutique, un fait d'*anesthésie locale par le bromure d'éthyle*.

Cette énumération partielle suffira, je l'espère, pour démontrer l'ardente vitalité du foyer scientifique franc-comtois. Nos confrères, agrégés à la Société de médecine de Besançon, font de la décentralisation à la bonne manière ; on doit les en féliciter. Le meilleur moyen de les assurer des sympathies de ce journal dévoué aux travailleurs de la province, est encore, je pense, d'engager nos lecteurs à consulter ce bulletin où se trouvent un si grand nombre d'excellents travaux,

CH. ELOY.

De la malaria (*Contribution à l'étude des maladies infectieuses d'origine cosmique à l'occasion de l'endemo-épidémie grave d'aérotellurisme protéiforme de* 1889-90, *dans la commune de Méserville* (Algérie), par le Dr Edouard PEPPER. (G. Masson, éditeur, 1 vol. in-8°).

Le livre renferme, à côté de la relation d'une épidémie locale, un résumé de la pathologie de l'impaludisme.

L'auteur a tenté une classification des maladies infectieuses d'origine cosmique, qu'il baptise aérotellurisme, malaria, fièvre jaune, choléra, suette. On y trouvera des renseignements sur l'acclimatement en Algérie, et l'hygiène locale, et sur les divers traitements de l'infection maremmatique. A ce point de vue, c'est un livre à consulter. H. G.

Traité d'hygiène publique, par M. le Dr A. PALMBERG. — Traduction française par M A. Hamon (Paris 1890, O. Doin).

La littérature médicale scandinave est peu connue dans notre pays. C'est donc une bonne fortune pour nos compatriotes de pouvoir, une fois de temps en temps, connaitre les grands efforts scientifiques des médecins de ce pays. Voilà un premier motif pour lequel on doit remercier M. Hamon de cette traduction d'un ouvrage important à tous les points de vue.

On y trouvera, de plus, des renseignements complets sur l'organisation de la médecine publique en Angleterre, en Belgique, en Allemagne, en Autriche, en Suède et même en France, et nos hygiénistes pourront une fois de plus se convaincre, s'ils ne le sont pas, que l'Europe qui nous envie tant de choses, n'a pas encore songé à imiter nos institutions officielles d'hygiène.

Cependant, M. Palmberg n'éprouve pas ces sentiments de chauvinisme, dont font preuve quelques savants. « L'hygiène » publique, dit-il, est une science peut-être plus empirique que » les autres. La mise en pratique des vues théoriques a sou- » vent donné des résultats tout à fait différents de ceux sur » lesquels on comptait ». C'est peut-être un jugement sévère ; en tout cas, on ne peut nier la bonne foi de celui qui le formule et le prouve au moyen d'exemples, entre autres celui-ci : « La théorie s'élève contre l'irrigation des champs par les » eaux d'égouts, sous le motif que les bactéries pathogènes » dispersées à la surface du sol propageront les maladies infec- » tieuses. »

Cependant, la pratique a montré l'erreur de cette manière de voir et a prouvé expérimentalement que l'irrigation est la méthode de choix pour détruire ces microbes.

On le voit, dans cet ouvrage, la théorie n'occupe qu'une place secondaire. C'est dire quel en est l'esprit et le plan. C'est dire aussi que sa lecture sera profitable à tous ceux, et ils sont nombreux, qui estiment nécessaire d'étudier les questions sanitaires, autre part que dans les comptes rendus des sociétés savantes, les procès verbaux des laboratoires et les notes des comités d'hygiène, où l'on fait trop souvent, hélas ! tant de théorie et si peu de pratique.

CH. E.

Salpingites et ovarites, par M. le Dr TERRILLON. (Paris, 1891. Doin).

Avant l'avènement de l'antisepsie les organes génitaux de la femme étaient regardés comme une arche sainte sur laquelle les chirurgiens évitaient de porter une main sacrilège. Depuis lors, les choses ont bien changé, et la gynécologie est devenue une des branches les plus importantes de la chirurgie. Aux vagues notions que l'on possédait sur le phlegmon du ligament large, sur la pelvi-péritonite, etc., s'est substituée la notion plus claire et plus exacte de la salpingite. C'est aux inflammations de la trompe et de l'ovaire qu'est consacrée la monographie de M. Terrillon : les causes, les lésions, les symptômes des salpingites sont successivement passés en revue. L'auteur appuie sa description sur un grand nombre de faits tirés de sa pratique. C'est dire que ce travail n'est pas une compilation, mais qu'il renferme beaucoup d'idées personnelles. Le traitement opératoire est exposé avec d'amples détails. Inutile en somme de faire l'éloge de ce livre qui émane d'un des maitres les plus autorisés de la gynécologie. EM. T.

Digitized by Google

Manuel d'électrothérapie gynécologique, par M. le Dr L. Brivois. (Paris, 1890. Doin.)

Le traitement des affections génitales de la femme par l'électricité est encore l'objet de controverses. C'est pourquoi ce livre sera lu avec intérêt, malgré son caractère exclusif. L'auteur s'est proposé surtout d'exposer le *modus-faciendi* du Dr Apostoli, et ses descriptions ont le mérite d'être claires et précises. Les résultats de l'électrothérapie sur les corps fibreux y sont en particulier étudiés et discutés avec soin.

Em. T.

La cure radicale des hernies, particulièrement chez les enfants, par M. le Dr Félizet. (Paris, 1891. G. Masson.)

La cure radicale des hernies doit elle être tentée chez les enfants? Les uns se prononcent pour l'affirmative; les autres, confiants dans l'efficacité du bandage, répoussent toute intervention sanglante. M. Félizet n'approuve ni les uns ni les autres, mais limite les indications opératoires à certains cas bien définis. L'auteur décrit ensuite, au cours de l'opération, un procédé qui lui est spécial : il consiste dans l'emploi d'un petit ballon de caoutchouc que l'on gonfle d'air, après l'avoir préalablement introduit dans le sac herniaire; ce sac, ainsi distendu, se laisse plus facilement disséquer, a peut être énucléé comme une véritable tumeur. On abrège ainsi considérablement la durée de l'opération, ce qui a une grande importance chez les jeunes sujets, incapables de résister à une longue chloroformisation.

Em T.

CORRESPONDANCE DES DÉPARTEMENTS

Plaie du bras et fracture par arme à feu

Layrac, le 5 mars 1891.

L'observation suivante est un bel exemple de chirurgie conservatrice. Le fait en question date de quelque temps déjà, mais j'estime qu'il n'en sera que plus intéressant. Le lecteur pourra se rendre compte des résultats éloignés que l'on peut espérer et qui, dans le cas actuel, ont dépassé les prévisions les plus optimistes.

En voici la relation aussi succincte que possible :

Le 10 mai 1889, je suis appelé à neuf heures du soir à une dizaine de kilomètres de chez moi, pour donner mes soins à une jeune femme qui a reçu un coup de feu dans le bras. Je me trouve en présence d'une superbe jeune femme de vingt-quatre ans, douée d'une constitution excellente. A mon arrivée, elle est étendue tout habillée sur son lit, le bras droit enveloppé de linges maculés de sang, et reposant sur un oreiller. Je demande ce qui s'est passé et voici ce qu'on me raconte : ce soir à six heures et demie, la malade se trouvait devant une petite cabane installée dans une chasse aux alouettes. Son mari était entré dans la cabane pour retirer un fusil. Ce fusil était chargé mais non armé. Malheureusement, en voulant retirer l'arme, le chien du fusil s'est accroché à un petit banc, le coup est parti, et toute la charge est allée se loger dans le bras de la malade, presque à bout portant.

Je défais le pansement, j'enlève avec précaution des quantités d'étoupe dont on avait bourré la plaie pour arrêter une hémorragie abondante et je me trouve en présence d'une plaie véritablement horrible. L'articulation du coude est largement ouverte, la tête du radius et celle du cubitus sont totalement à nu, mais n'ont pas de mal. Par contre, la trochlée humérale est fracturée en plusieurs endroits, certaines parties sont totalement détachées. L'humérus est fracturé en cinq endroits et sa partie inférieure n'est pour ainsi dire qu'une bouillie. Enfin, l'avant-bras n'est plus relié au bras que par la partie antérieure sur une largeur de trois centimètres environ. Fort heureusement l'humérale et le médian n'ont pas été atteintes, mais la cubitale est sectionnée. L'heure étant trop avancée, mon éclairage et mon outillage fort insuffisants, je me contente d'enlever les parties déjà détachées, de nettoyer la plaie de mon mieux et d'appliquer un pansement provisoire. En même temps, ne voulant pas assumer seul la responsabilité d'un cas si grave, je fais prévenir mon confrère et ami le Dr Labat, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Nous voyons ensemble la malade le lendemain matin à neuf heures. En présence d'un pareil délabrement, la question qui se pose avant tout est celle d'amputation. Après beaucoup d'hésitations, tenant compte du désir de la famille affolée à l'idée de couper le bras, tenant compte surtout de la robuste constitution de la blessée, nous ajournons notre décision et convenons de débarrasser la plaie de tout ce qui est broyé, pour bien nous rendre compte de la situation et voir s'il nous est permis de tenter de conserver le membre. Nous enlevons d'abord totalement la trochlée et le condyle, nous enlevons également cinq morceaux d'humérus et enfin, le fragment supérieur étant coupé en bec de flûte, nous le sectionnons à la scie pour qu'il n'irrite pas la plaie. Notre humérus est donc raccourci de dix centimètres. Nous parvenons encore à extraire une vingtaine de grains de plomb qui sont allés se loger un peu partout. De toutes les parties qui unissent le bras à l'avant-bras, il ne reste plus que les muscles de la région antérieure et quelques lambeaux de chair à bords déchiquetés à la région antero-interne. Nous bourrons avec de la gaze phéniquée l'énorme échancrure qui est sous nos yeux; nous recouvrons le membre avec de la gaze iodoformée, du coton phéniqué, etc., et nous nous retirons convaincus de l'énorme responsabilité que nous assumons de laisser ce membre en cet état, et redoutant que le lendemain il ne soit trop tard pour pratiquer une amputation qui peut devenir absolument nécessaire.

Le lendemain matin, je m'empresse de revenir voir ma malade. La nuit a été bonne, la fièvre est très modérée, le thermomètre ne dépasse pas 38°. Ce jour-là, je place le membre dans une gouttière coudée et je refais un pansement aussi minutieux que possible. A dater de ce moment nos craintes ont disparu et à part quelques incidents insignifiants tout a marché à souhait.

Je refais chaque jour le même pansement et de temps en temps je puis extraire encore quelques grains de plomb. La plaie a très bon aspect, le bourgeonnement se fait très bien et le vide énorme qui existait se comble peu à peu. Le 25 avril, je supprime la gouttière et je mets un appareil platré. A ce moment seulement, la malade souffre un peu de son bras et un léger mouvement fébrile se manifeste. Je me dis que le plâtre comprime trop des tissus encore endoloris, je reprends la gouttière et tout rentre dans l'ordre. Depuis le 15 avril je ne fais plus de pansements que tous les trois jours, et le 28 mai je fais mon dernier pansement. La malade se promène avec son bras en écharpe, elle remue très bien sa main et les muscles de l'avant-bras qui s'étaient légèrement atrophiés commencent à reprendre de la force.

A ce moment, je me suis demandé comment je pourrais suppléer à l'articulation du coude qui n'existe plus et comment je pourrais rendre à ma malade l'usage de son avant-bras. Dans ce but je lui fis fabriquer un appareil qui, prenant son point d'appui sur l'épaule, englobait ce qui restait du bras et une partie de l'avant-bras et était muni, au niveau du coude, d'une charnière à crans d'arrêt qui devait remplacer l'articulation absente. Malheureusement, soit que l'appareil fût défectueux, soit que les tissus de cicatrisation ne pussent supporter la moindre pression, la malade n'a jamais pu s'en servir. Elle se contentait de soutenir son avant-bras avec un mouchoir attaché autour du cou. De cette façon elle pouvait tricoter et faire certains petits travaux.

Digitized by Google

Pendant quelque temps il est resté sur l'énorme cicatrice du coude un trajet fistuleux qui donnait un léger écoulement mucopurulent. Un certain jour, en sondant ce trajet, je sentis une petite esquille que je me suis empressé d'extraire. Deux autres esquilles sont sorties de la même façon.

A dater de ce moment, et c'est ici le côté le plus curieux de l'observation; la sensibilité, qui avait persisté assez vive sur la cicatrice, a disparu complètement; le bras a repris toute sa force, les tissus cicatriciels se sont rétractés tant et si bien qu'aujourd'hui le radius et le cubitus se sont rapprochées de la portion de l'humérus qui restait. Il s'est formé là, et depuis six mois environ, une fausse articulation qui remplit très bien son rôle. La malade se sert de son bras comme avant son accident. Tous les mouvements sont possibles. Elle se livre à tous les travaux du ménage et des champs. Bref, de cette plaie énorme que nous avions au début, de cet accident qui aurait pu avoir des conséquences si désastreuses, il ne reste plus qu'un raccourcissement du bras de neuf centimètres et deux grandes cicatrices à la région du coude.

Dr Escande.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

DERMATOLOGIE

I. **Traitement de l'urticaire par l'antipyrine.** — Cette médication paraît parfois utile dans les cas où l'éruption ortiée se produit sur des névropathes. C'est à titre de nervin que l'antipyrine agit alors pour diminuer les démangeaisons.

Aux adultes, on l'administre en poudre à raison de 30 à 80 centigrammes ou 1 gramme par jour. Aux enfants, M. Blasko la prescrit en sirop :

Antipyrine..... 5 gr.
Sirop simple..... 30 —

Dose quotidienne : une cuillerée à café.

MALADIES DES YEUX

II. **Traitement prophylactique de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés.** — La méthode de Credé (instillation d'une solution argentique) offre quelques dangers dans des mains maladroites. On a donc proposé de remplacer ce liquide par la solution de permanganate de potasse. Voici la technique conseillée par M. Valenta (de Leybac) :

1° Préparer une solution aqueuse de permanganate de potasse dont la concentration s'apprécie à sa couleur d'eau rougie légère.

2° Lotionner les paupières avec un tampon d'ouate hydrophile imbibé de ce liquide. Immédiatement après, et à l'aide d'un autre tampon, pratiquer la même opération dans les culs-de-sac conjonctivaux.

3° On doit faire ce pansement immédiatement après la naissance ; c'est une condition de succès.

MALADIES DES FOSSES NASALES

III. **Solution antiseptique pour irrigations nasales.** — Ce topique se prépare ainsi :

Chlorure de sodium.....
Bicarbonate de soude.....
Borate de soude .....
Acide salicylique..... } àà en poids

Faire dissoudre une pincée de ce mélange dans une verrée d'eau tiède.

Employer une verrée de liquide pour chaque irrigation nasale avec le syphon.

Kaposi emploie ces irrigations contre l'eczéma du nez. On peut en faire usage comme antiseptique et résolutif contre le coryza chronique.

R. S.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES FRANÇAISES

Paris. **Société de médecine pratique** (29 janvier et 12 février 1891). I. *La naphtaline dans la fièvre typhoïde.* II. *Un mode de véhiculation de la digitaline* — Lille. **Société de médecine du Nord** (23 janvier 1891). III. *Rash ortié au cours de la rougeole.*

I. **La naphtaline dans la fièvre typhoïde.** — Le succès de cette substance comme antiputride et antiseptique dans la dysenterie et la diarrhée a engagé M. Natanson (de Varsovie) à en faire usage contre la fièvre typhoïde.

Il l'a donc employé dans vingt-trois cas et aux diverses périodes de cette maladie, obtenant une diminution de la température et de la diarrhée dans l'espace de deux ou trois jours.

La naphtaline doit être administrée à titre antiseptique intestinal aux doses, quotidiennement, trois fois répétées, de quinze centigrammes chez les adultes et de dix centigrammes chez les enfants. Pour en continuer l'action, il convient d'examiner les selles et les urines. La disparition des microbes dans les premières révèle le succès de la médication. La coloration verte des secondes indique l'urgence de suspendre le médicament.

Il faut remarquer, avec M. Natanson, que la naphtaline est faiblement soluble dans les liquides intestinaux et que son action est toute locale.

Son mode d'administration est simple. On la prescrit en capsules gélatineuses aux malades qui peuvent ingérer ces dernières. Dans le cas contraire, on la véhicule dans l'eau. Ajoutons que ce traitement antiseptique a pour auxiliaires l'usage des toniques et, au besoin, de l'eau froide. De plus, l'intégrité du parenchyme rénal est nécessaire pour éviter tout phénomène toxique.

II. **Un mode de véhiculation de la digitaline.** — C'est la glycérine alcoolisée que M. Petit propose pour préparer des solutions de médicaments dangereux, et en particulier celle de la digitaline cristallisée.

Ce glycérolé-alcoolé a pour formule :

Glycérine (D. 250 à + 15), 333 grammes
Eau distillée, 147 —
Alcool à 95°, q. s.

Pour un litre à + 15°.

Chaque centimètre cube de cette solution représente cinquante gouttes, de sorte qu'on peut administrer ce médicament par dose de un cinquantième de milligramme.

Ainsi, on pourra prescrire un glycérolé alcoolé digitalinique selon la formule suivante :

Digitaline cristallisée..... 1 gramme
Solution glycéro-alcoolique.... q. s. pour faire un litre à + 15°

Une goutte de cette solution représente un cinquantième de milligrammes de principe actif.

La véhiculation des médicaments par les préparations glycérinées offre quelques avantages pour leur conservation. Le glycérolé alcoolé y participe. En effet, ce liquide est visqueux et, par conséquent, faiblement vaporisable; de plus, il est stable; enfin, il se conserve pendant longtemps.

III. **Rash ortié au cours de la rougeole.** — Les cas de ce genre ne sont point fréquents. Comme celui que notre confrère distingué de Lille, M. Surmont, vient d'observer, on les rencontre dans le cours des épidémies de rougeole.

Dans le cas actuel, il s'agissait d'un rash de la période ini-

Digitized by Google

tiale de la maladie chez un petit garçon de trois ans et demi. Le 5 janvier, il accusait de la fièvre, et, le lendemain, il présentait une éruption ortiée sur les bras, les jambes et la face. Les plaques d'urticaire avaient la forme de larges papules saillantes, rouges à la périphérie et semées à la surface d'élevures blanchâtres. L'enfant éprouvait de violentes démangeaisons. Vingt-quatre heures après, les plaques disparaissaient et on constatait l'éruption morbilleuse typique. Cette rougeole évolua d'ailleurs normalement.

C'était donc là un rash prérubéolique. Or, ces rash pré-éruptifs, assez fréquents dans la variole, sont très rares dans l'évolution de la rougeole. Il est cependant utile d'en connaître l'existence pour éviter des erreurs de diagnostic et surtout de pronostic. Quant à leur nature, on l'ignore, et on ne saurait, à l'heure actuelle, en donner une théorie pathogénique acceptable. C'est un écueil que notre estimé confrère lillois a su habilement éviter en signalant cet intéressant fait clinique sans en donner une interprétation forcément hypothétique.

K. D.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 9 février 1891

Présidence de M. le Dr Descroizilles

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend : *La Gazette de gynécologie* ; *L'Art dentaire* ; *Le Poitou médical* ; *La Revue illustrée de polytechnique médicale.*

M. Tripet fait une communication sur un cas de **phlegmatia alba dolens** chez une chlorotique. Voir p. 138.

M. Schwartz. — N'y avait-il pas sur le membre inférieur une érosion, car l'élévation de la température éveille volontiers l'idée d'une infection ?

M. Tripet. — Non, il n'y avait rien autre qu'un écoulement leucorrhéique très abondant.

M. Schwartz fait une communication sur la **pulvérisation phéniquée dans le traitement des phegmons diffus des membres et des lymphangites diffuses.** Voir p. 130.

M. Routier. — Quel pansement l'opérateur a-t-il employé dans l'intervalle des pulvérisations.

M. Schwartz. — La ouate hydrophile imbibée de solution phéniquée au centième.

M. Routier. — Je ne suis pas aussi enthousiaste que M. Schwartz à l'endroit des pulvérisations. Je vois à la pulvérisation phéniquée des désavantages.

1° Il est difficile d'empêcher l'absorption par les voies respiratoires, ce qui peut avoir des inconvénients ;

2° La pulvérisation provoque un refroidissement dont il faut tenir compte près du tronc.

Je pense que les incisions et les pansements d'enveloppement ont joué un rôle important dans les succès qu'a obtenus notre collègue. L'acide phénique a en outre l'inconvénient de produire de l'irritation, de plus il ne tue pas le streptocoque. Le sublimé le tue ; aussi je pense que l'enveloppement du membre dans des compresses de sublime, après les larges incisions, joue un rôle très efficace dans la guérison des graves phlegmons des membres, et je préfère ce traitement aux pulvérisations phéniquées. J'y joins, quand cela est possible, la balnéation antiseptique locale et prolongée.

M. Morice. — Combien de séances de pulvérisation M. Schwartz fait-il par jour et quelle est la durée de chaque séance ? La température s'abaissait-elle au cours de la pulvérisation ?

M. Schwartz. — Trois séances d'une durée de 1 h., 2 h. ou 3 heures suivant les cas.

La température s'abaissait rapidement et les plaies se détergeaient vite.

M. Peyrot. — Je m'étonne de l'importance donnée par M. Schwartz aux pulvérisations, surtout avec les moyens dont nous disposons actuellement. Aujourd'hui la terminaison funeste dans les phlegmons les plus graves même diffus, est très rare. En outre, ces phlegmons ne présentent même plus d'accidents aussi étendus et ils cèdent habituellement et rapidement aux moyens ordinaires.

Pour ma part, comme M. Routier, j'emploie la balnéation prolongée, dans un bain antiseptique, lorsque le lieu permet cette balnéation ; dans l'intervalle, l'enveloppement dans une grande quantité de gaze humide, antiseptique, ce qui fait un bain continu, et alors ou bien la lymphengite disparait, ou le mal se localise.

Je ne retiens des pulvérisations qu'un fait, l'abaissement de la température. Peut-être cette réfrigération pourrait être, comme telle, utilisée; ce serait à rechercher.

La balnéation, les pansements humides, avec les larges incisions, répondent à tous les cas,même les plus graves.

M. Tripet. — Le sublimé ne peut-il pas provoquer une intoxication ?

M. Routier. — Je n'ai jamais vu d'intoxication. J'ajouterai un mot : le 2 février dernier, j'ai vu un cas des plus graves à la suite d'un broiement. Aujourd'hui, après la balnéation, l'enveloppement humide, les larges incisions, mon malade va bien, le danger est conjuré.

M. Schwartz. — J'ai fait toujours ce qu'indiquent mes collègues ; c'est la pratique courante. Mais j'ai vu l'année dernière deux malades où ce traitement habituel a complètement échoué, et c'est en souvenir de ces deux échecs que j'ai songé à recourir à la pulvérisation phéniquée. Tout d'abord, pour mon deuxième malade, j'ai fait le traitement ordinaire, l'amélioration ne survenant pas, j'ai eu recours à la pulvérisation phéniquée, et j'ai eu lieu de m'en féliciter. Je crois qu'il y a un grand service à attendre de ces pulvérisations qui sont sans inconvénient réel.

M. Peyrot. — J'ai peine à me décider à recourir à un mode de traitement dont je ne comprend pas bien l'action physiologique.

M. Schwartz. — C'est une balnéation continue d'une heure, voilà l'action physiologique.

M. Peyrot. — Je pourrais citer des cas de phlegmon diffus des plus graves, aussi graves qu'on puisse en rencontrer dans la pratique et qui ont guéri. Un cas entre autres que j'ai observé chez un jeune homme, en particulier, est très probant.

La Société vote sur la nomination de trois membres titulaires.

MM. Eugène Bloch et Cousin ayant seuls obtenu le nombre de voix nécessaire, sont nommés membres titulaires.

Le secrétaire,
Dr E. Potherat.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 mars 1891

Présidence de M. le Dr Terrier

Hystérectomie vaginale et suppurations pelviennes. — M. Bouilly n'a pas une expérience personnelle du nouveau traitement que M. Segond a préconisé dans la dernière séance pour la cure des suppurations pelviennes; il reconnait qu'il peut être avantageux dans certains cas, toutefois il désire présenter quelques objections à ce sujet.

Digitized by Google

Cette méthode, dit-on, peut être utile dans deux cas : 1° Dans les annexites anciennes, avec abcès, adhérences aux organes voisins, poussées de pelvi-péritonite, production de trajets fistuleux dans le vagin ou au travers de la paroi abdominale.— 2° Dans les suppurations aiguës ou chroniques des annexes, libres d'adhérences.

Dans le premier cas : annexite chronique avec confusion générale des organes et abcès disséminés dans le petit bassin, la laparotomie ne donne rien de bon; en voulant extirper les poches purulentes, il faut rompre les adhérences anciennes quelquefois très solides, on s'expose à des hémorrhagies inquiétantes, à crever les abcès et à infecter le péritoine. L'hystérectomie vaginale paraît alors préférable, car elle assure l'évacuation du pus et la fermeture des fistules Dans le dernier cas : abcès aigüs ou chroniques des annexes, sans adhérences, l'hysterectomie favorise certainement l'expulsion du pus, mais la laparotomie donne les mêmes résultats avec autant de chances de succès.

D'ailleurs M. Bouilly conteste l'indication générale de la méthode qui est la substitution systématique de l'hysterectomie à la laparotomie dans le traitement des suppurations des annexes. Il faut enlever l'utérus, dit M. Segond, chaque fois qu'il y a bilatéralité des lésions. Mais ce diagnostic est quelquefois extrêmement difficile à établir, même sous le chloroforme. Certaines ovarites catarrhales, certains petits kystes de l'ovaire peuvent s'accompagner de douleurs lancinantes prolongées et faire croire à un abcès qui n'existe pas, on s'expose alors à enlever un utérus et des ovaires sains. La laparotomie permet mieux de se rendre exactement compte de ce que l'on fait, et doit être conservée pour la généralité des cas.

Depuis deux ans, il a pratiqué 33 fois cette opération, dont 23 fois pour des pyo-salpingites; les autres interventions avaient trait à des hydro-salpingites, des ovarites catarrhales et des peri-ovarites.

En ce qui concerne les suppurations ovariennes, on doit les diviser, pour le choix de l'intervention, en deux catégories : les petites et les grandes suppurations

Les petites collections purulentes, avec ou sans adhérences faibles, faciles à reconnaitre sous le chloroforme, sont justiciables de la laparotomie; il n'est pas nécessaire d'ouvrir ces abcès, il faut enlever la poche qui constitue tout le mal, et cette opération est plus simple à faire par l'abdomen que par le vagin, surtout quand il s'agit de poches haut situées, presque inaccessibles par cette dernière voie.

Les grandes collections, d'une contenance supérieure à 300 grammes de pus, semblent, au contraire, appartenir à l'hystéréctomie vaginale ; cependant on s'expose alors à laisser dans l'abdomen des poches du volume du poing, qui seront le siège d'une longue suppuration, peut-être le point de départ de nouveaux accidents. La laparotomie permet de les enlever plus complètement, elle est donc préférable même dans ce cas.

Sur ses trente-trois interventions, M. Bouilly n'a trouvé qu'une fois l'indication de l'hystérectomie vaginale chez une femme atteinte de collections purulentes diffuses ; il fit la laparotomie et un drainage vaginal, mais l'intestin fut probablement blessé, car il s'établit dans le vagin une fistule stercorale. Dans un autre cas, il laissa l'opération inachevée, à cause d'adhérences trop dangereuses à rompre.

En résumé, la laparotomie, préférable pour les petites collections, est encore très efficace contre les grosses collections purulentes.

On a reproché à l'incision abdominale de laisser une cicatrice, qui nécessite le port d'une ceinture ; mais celle-ci est peu étendue, en général très solide au bout d'une année, et à cette période la ceinture n'est plus obligatoire, c'est donc là une objection de peu de valeur. Plus importante est celle tirée de la gravité opératoire. Il faudrait attendre de nouveaux faits plus nombreux pour juger de la gravité comparée de ces deux opérations. En tout état de choses, la gravité de la laparotomie paraît plutôt moindre que celle de l'hystérectomie vaginale. Sur ses trente-trois opérations, M. Bouilly n'a eu que quatre décès, qui ne sont survenus que dans des interventions de moyenne importance ; en voici les particularités : un décès après une opération d'hémato-salpingite suppurée, la cause de la mort est due à une compresse oubliée dans le ventre ; un décès par broncho-pneumonie infectieuse chez une opérée de salpingite catarrhale non purulente ; deux décès par péritonite septique à la suite d'épanchements de matière purulente dans le ventre.

D'autre part, il n'y a pas lieu de comparer la difficulté de la laparotomie avec celle de l'hystérectomie, beaucoup plus laborieuse, plus longue, et qui nécessite un manuel opératoire compliqué.

Après l'hystérectomie, la guérison serait plus radicale, dit-on, il n'y aurait plus d'écoulement purulent, plus d'hémorrhagie par un utérus absent. Ces accidents s'observent surtout dans les cas d'ovarites, d'ovaires kystiques douloureux, qui sont avant tout justiciables de la laparotomie, et non pas après les pyo-salpyngites, où la laparotomie a donné d'excellents résultats.

Cependant M. Bouilly ne veut pas nier les mérites de l'hystérectomie ; il la considère comme excellente dans le traitement des collections purulentes développées autour de l'utérus et dans le tissu sous-péritonéal ; l'ouverture large du petit bassin permet plus facilement de vider ces poches peu accessibles par la voie abdominale. En résumé, ces indications fort restreintes montrent qu'il s'agit d'une méthode d'exception.

M Richelot est resté partisan de l'hystérectomie vaginale dans le cancer utérin, mais on ne pense pas que l'heure soit encore venue d'appliquer cette opération à toutes les suppurations pelviennes ; il faudrait que les indications en soient mieux déterminées. Comme mortalité opératoire, la statistique est à peu près identique dans les deux opérations. Peut-être même a-t-on grossi un peu les avantages de l'hystérectomie vaginale, Toutes les opérées de cette catégorie ne guérissent pas d'une manière aussi complète qu'on l'a annoncé ; certaines ont continué à souffrir, à présenter des écoulements. Le temps écoulé est encore trop court pour se prononcer d'une manière définitive sur l'atrophie des annexes.

La formation d'une cicatrice abdominale n'est pas une objection bien sérieuse contre une opération qui débarrasse la femme d'une affection susceptible de mettre ses jours en danger. D'ailleurs, cette opération ne se pratique pas en général sur de jeunes filles.

La castration utérine est bonne dans les cas complexes avec poches multiples et adhérences étendues qui voilent les annexes et empêchent de les atteindre par l'ouverture abdominale.

Dans les lésions bénignes des annexes, la laparotomie, relativement facile, est toujours heureuse. Elle doit encore être préférée dans les cas de moyenne intensité avec doubles poches purulentes et adhérences aux organes voisins, car elle permet d'enlever totalement les lésions, tandis qu'avec l'hystérectomie on s'expose à laisser dans le ventre des débris de poches, des lambeaux des trompes, points de départ d'une suppuration redoutable.

M. Bazy. — Les suppurations bilatérales graves, avec trajets fistuleux dans le vagin ou le rectum, sont le triomphe de l'hystérectomie vaginale A part ces cas, qui ne constituent pas la généralité des lésions pelviennes et où un diagnostic précis est indispensable, on peut guérir des lésions pelviennes déjà anciennes, soit par la laparotomie, soit même par un simple traitement portant sur l'utérus, ainsi qu'on en a rapporté de nombreux exemples.

Dr H. Marciguey.

Digitized by Google

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 mars 1891
Présidence de M. le Dr Labbé.

Bacilles pyogènes de la fièvre typhoïde. — M. Netter. Le bacille d'Eberth n'est pas le seul organisme des suppurations de la fièvre typhoïde; car, s'il en était ainsi, ce microbe devrait être retrouvé à l'état de culture pure dans ces abcès. Très souvent il y est mêlé au streptocoque, au staphylocoque, au pneumocoque, ainsi que cela résulte des recherches de Fraenkel et de ses expériences personnelles. Il en conclut que les abcès de la dothiénenterie sont dus à des organismes multiples.

Kystes hydatiques du foie simulant la pleurésie.—M. Galliard. On sait que certains kystes hydatiques, développés sur la face supérieure du lobe droit du foie, évoluent du côté du thorax au point de déterminer tous les signes d'un épanchement pleural droit. Cette particularité n'est pas spéciale aux kystes du lobe droit; M. Galliard rapporte deux observations de kyste hydatique du lobe gauche, ayant simulé une pleurésie gauche, qui n'a été reconnue qu'à la ponction.

La cause de l'ascension de ces kystes vers le thorax n'est pas facile à déterminer; ils devraient, au contraire, se développer dans l'abdomen, en raison de la mobilité du foie. Quoi qu'il en soit, voici ces observations résumées :

1° Kyste hydatique du lobe gauche du foie, simulant une pleurésie de ce côté, reconnu à la ponction et guéri par une injection de sublimé.

2° Kyste intra-thoracique, ayant eu le lobe gauche du foie comme point de départ, simulant une pleurésie gauche, rupture du kyste dans les bronches, vomique bilieuse, thoracotomie, guérison.

Tumeur du biceps. — M. Desnos présente un malade atteint depuis le 18 février d'une tumeur douloureuse du biceps droit. Cet homme ne présente aucun antécédent syphilitique ni tuberculeux, mais est alcoolique. M. Desnos demande l'opinion de ses collègues sur la nature de cette tumeur.

M. Marie. Cet homme présente quelques signes de tabes; peut-être s'agit-il d'une myosite ossifiante avec ecchymose sous-cutanée, comme on en observe quelquefois dans le cours du tabes.

H. M.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 mars 1891
Présidence de M. le Dr Tarnier

A propos de la communication faite par M. Picot (de Bordeaux) dans la dernière séance, M. Laborde rappelle à l'Académie que le traitement vanté par ce médecin est employé depuis longtemps à Paris, par M. Pignol, chef de clinique à la Faculté. Les formules employées par ce dernier sont les suivantes :

Gaiacol.....	5	grammes
Eucalyptol.....	14	—
Iodoforme	1	—

Huile d'amandes douces q.s. pour 100 centim. cubes.

On fait des injections hypodermiques de une à dix seringues de Pravaz par jour, au niveau de la région rétro trochantérienne. Ce traitement a donné de bons résultats.

M. Mathias Duval lit un rapport sur les travaux de M. Ledouble sur différents muscles anormaux et sur des anomalies artérielles.

De la dépopulation de la France. — M. Rochard lit le rapport de la Commission. Il rappelle qu'alors que toutes les nations d'Europe ont un accroissement de population, la France seule est en retard; sa natalité n'est que le dixième de celle de l'Allemagne, le onzième de celle de l'Angleterre. Les pays les moins favorisés augmentent leur population quatre fois plus vite que la France. Alors que, il y a deux siècles, notre pays représentait le tiers de l'Europe comme population, il n'en représente plus actuellement que le dixième. L'étranger nous envahit sur toutes nos frontières, et, si cela continue, dans cinquante ans il y aura 10 millions d'étrangers en France, d'où un danger grave pour le pays.

En France, la natalité fait défaut; elle est au-dessous de celle de l'Irlande. Le nombre des unions légitimes diminue par suite de l'affaiblissement du sens moral et de désir de bien-être. Les unions illégitimes deviennent plus fréquentes; les mariages sont moins féconds qu'à l'étranger, et cette infécondité est le plus souvent volontaire, même dans les campagnes. Les départements les plus prospères se dépeuplent, par exemple en Normandie.

Pour rendre les mariages plus nombreux, MM. Javal et Lagneau ont proposé différents moyens. M. Rochard n'insiste pas sur ce point parce que ce serait sortir du rôle de l'Académie. Mais nous pouvons plus facilement diminuer la marche des décès en nous tenant sur le terrain de l'hygiène. Notre mortalité est excessive, surtout en tenant compte de l'état de prospérité de la France. Au point de vue de la faible mortalité, nous n'occupons que le septième rang. Il faut surtout s'efforcer de diminuer le nombre de décès infantiles. Chez les enfants illégitimes, la mortalité est énorme. Dans les Côtes-du-Nord, il meurt chaque année près de 1,000 enfants nouveau-nés. Il faut améliorer le service médical dans les campagnes, rétablir les tours et faire observer la loi Roussel.

Pour la prophylaxie de la variole, nous sommes en retard sur toute l'Europe. Nous avons en France plus de 30,000 décès annuels incombant à des maladies évitables : variole, fièvre typhoïde. La variole seule cause 14,000 décès. Il faut revenir à la charge, demander la vaccination et la revaccination des enfants et organiser dans le pays le service de la vaccine.

La vaccination obligatoire a été combattue par M. Le Fort qui accepte les bienfaits de la vaccine, mais ne croit pas qu'il soit désirable de rendre la vaccination et la revaccination obligatoires par une loi. Il n'a pas convaincu la Commission. Sans doute, la vaccine obligatoire attente à la liberté individuelle, mais est-ce que celle-ci n'est pas atteinte chaque jour dans notre société? Celui qui refuse de laisser vacciner ses enfants attente à la liberté de ses voisins pour qui il peut devenir un foyer d'infection. Il n'y a qu'un moyen de lutter contre l'apathie des populations : c'est de rendre la vaccine obligatoire.

La fièvre typhoïde tue annuellement 230,000 personnes. On pourrait éviter la plupart de ces décès par la distribution d'eau potable et l'assainissement des villes. En suivant les règles de l'hygiène, on pourrait diminuer les décès de 150,000 par an.

La Commission propose : 1° L'Académie de médecine émet le vœu que les tours soient remplacés par un bureau ouvert où le secret serait bien gardé.

2° Reviser la loi Roussel, surtout au point de vue de l'allaitement mercenaire, de l'inspection médical.

3° La vaccination deviendra obligatoire. La revaccination sera encouragée et même imposée lorsque les circonstances l'exigeront.

4° Les enfants seront tous vaccinés et revaccinés dans les écoles.

5° L'isolement du varioleux sera imposé.

6° On organisera le service vaccinal dans toute la France.

7° Les municipalités et les préfets auront des pouvoirs suffi-

Digitized by Google

tants pour assurer l'assainissement des villes et des campagnes.

8° On encouragera la désinfection des locaux à la suite des maladies contagieuses.

9° On réglementera la prostitution, pour diminuer la syphilis.

10° L'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur les modifications à apporter dans la transmission de la propriété, la répartition des impôts et la recherche de la paternité.

De la cholécystectomie. — M. Terrier lit l'observation d'un homme qui, depuis sept ans, était sujet à des coliques hépatiques. Il fit la laparotomie et ouvrit la vésicule biliaire qui contenait une grande quantité de bile. Il enleva un calcul de la grosseur d'une noisette. Il crut trouver un autre calcul du côté du col de la vésicule. Il pensa à un calcul enclavé; mais c'était un ganglion lymphatique engorgé, situé au niveau du tubes du foie.

Il enleva la vésicule biliaire. L'état général s'aggrava. Un ictère intense se déclara et le malade ressentit de vives douleurs dans la région du foie. Une fistule biliaire s'ouvrit et laissa écouler une grande quantité de bile et de petits calculs qui étaient contenus dans les canaux biliaires. Au bout de quarante jours, la fistule se ferma et, actuellement, le malade est guéri.

Elections. — Sont nommés correspondants étrangers : MM. Rindfleisch (de Wurzbourg) par 44 voix sur 63 votants et Corradi (de Pavie) par 44 voix sur 58 votants.

F. R.

NOUVELLES MILITAIRES

Nominations dans le corps de santé militaire. (Armée territoriale). — *Au grade de médecin aide-major de 2e classe* : MM. Blessing, Boé, Dauthuille, Marque, Guillou, Bloch, Perchaux, Cousin, Legry, Delagenière, Eraud, Auvergniot, Mouls, Jabot, Benoist, Mosnay, Leudet, Sauzay, Gibotteau, Chevillot, Hillemand, Adenot, Aubert, Carrère, Martin, Monnier, Natier, Pellisson, Coffin, Menne, Parmentier, Décressaé et Mary.

VARIÉTÉS

La rage à Londres et la muselière. — Avant l'année 1889 on comptait annuellement 400 cas de rage. En cette année on imposa l'usage de la muselière et le nombre des cas d'hydrophobies descendit à 120. Depuis la muselière est demeurée obligatoire et en 1890, on a constaté que la diminution de la rage était progressive. 15 cas pendant le premier trimestre; 13 durant le second; 8 pendant le troisième et aucun pendant le quatrième.

C'est une démonstration de l'utilité de ce moyen de prophylaxie.

La consommation de l'alcool et l'alcoolisme. — Ces documents ont été publiés dans l'*Economiste français* par M. Vavasseur. La consommation par tête d'habitants et les droits par hectolitre sont les suivants :

Allemagne....	8 litres;	droits	62 à 87	fr. par	hectol.
France.....	4	»	» 156	25	»
Russie.....	3. 5	»	455	»	»
Angleterre....	2.67	»	477	»	»
Norvège.....	1.70	»		»	»
Italie.....	0.90	»	150	»	»

L'hygiène infantile sur les bords du Niger. — D'après le capitaine Binger (*Tour du monde*, 21 février 1891), les femmes Nomonna comprennent d'une singulière façon les soins de propreté à donner à leurs enfants.

La mère, tenant l'enfant sur ses genoux, commence à lui faire ingurgiter avec la main autant d'eau qu'elle peut; pendant ce temps le pauvre petit pousse naturellement des cris; mais rien n'arrête ce le-là tant qu'il reste une goutte d'eau dans la calebasse, le petit doit l'avaler. Si encore le lavage était terminé, il n'y aurait que demi-mal; mais là commence une opération que je n'avais pas encore vu pratiquer : la mère place son enfant sur ses cuisses, la tête tournée vers le sol, puis se servant de sa bouche comme canule lui fait prendre force lavements.

Après chaque gorgée, elle détourne le postérieur de l'enfant qui s'empresse de chasser avec force ce liquide. L'opération se continue jusqu'à ce que la calebasse d'eau soit épuisée. Il passe ainsi dans le corps du petit être, soit par en haut, soit par en bas, environ quatre litres d'eau par séance. Ce nouveau genre de lavement n'a pas l'air d'incommoder l'enfant qui pleure rarement.

Prophylaxie des maladies contagieuses. — Le Conseil d'hygiène de la Seine propose l'adoption des mesures suivantes pour combattre les maladies contagieuses. Il faut espérer que cette règlementation, fort judicieuse, recevra l'appui des pouvoirs publics.

Prophylaxie de la fièvre typhoïde. — La contagion se fait par l'eau contaminée par les déjections des malades ou tout objet souillé par elles.

Mesures préventives. — En temps d'épidémie de fièvre typhoïde, l'eau potable doit être l'objet d'une attention toute particulière; l'eau récemment bouillie donne une sécurité absolue. Cette eau doit servir à la fabrication du pain et au lavage des légumes. Avant de manger, il faut se laver les mains avec du savon. Les habitudes alcooliques, les excès de tous genres, et surtout les excès de fatigue, prédisposent à la maladie.

Mesures à prendre dès qu'un cas de fièvre typhoïde se produit. — Les cas de fièvre typhoïde doivent être déclarés au commissariat de police du quartier pour la ville de Paris, et à la mairie dans les communes du ressort de la Préfecture. L'Administration assurera le transport du malade, s'il y a lieu, ainsi que la désinfection du logement et des objets contaminés.

Isolement du malade. — Le malade, s'il n'est pas transporté, sera placé dans une chambre séparée où les personnes appelées à lui donner des soins doivent seules pénétrer. Son lit sera placé au milieu de la chambre; les tapis, tentures et grands rideaux seront enlevés. Cette chambre sera aérée plusieurs fois par jour. Le malade sera tenu dans un état constant de propreté.

On évitera tout ce qui pourrait provoquer l'excoriation de sa peau : vésicatoires, sinapismes, etc.

Il est indispensable d'éloigner immédiatement toute personne qui ne concourt pas au traitement du malade et surtout les enfants. Les personnes qui entourent le malade se laveront les mains avec une solution de sulfate de cuivre faible (12 grammes par litre d'eau), toutes les fois qu'elles auront touché le malade ou les linges souillés. Elles devront aussi se rincer la bouche avec de l'eau bouillie. Elles ne mangeront jamais dans la chambre du malade.

Désinfection des matières. — Il est de la plus haute importance que les déjections du malade ainsi que les objets souillés par elles soient immédiatement désinfectés. Cette désinfection sera obtenue à l'aide de solutions de sulfate de cuivre. Ces solutions seront de deux sortes, les unes fortes et renfermant 50 grammes de sulfate de cuivre par litre, les autres faibles renfermant 12 grammes par litre. Les solutions fortes serviront à désinfecter les déjections et les linges souillés; les faibles serviront au lavage des mains et des linges non souillés.

Digitized by Google

Pour désinfecter les matières, on versera dans le vase destiné à les recevoir un demi-litre de la solution forte. On lavera avec cette même solution les cabines d'aisances et tout endroit où ces déjections auraient été jetées et répandues. Aucun des linges souillés ou non ne doit être lavé dans un cours d'eau.

Les linges souillés seront trempés et resteront deux heures dans les solutions fortes.

Les linges non souillés seront plongés dans une solution faible. Les habits, les literies et les couvertures seront portés aux étuves municipales publiques de désinfection.

Prophylaxie de la diphtérie. — Le germe de la diphtérie est contenu dans les fausses membranes et les crachats. Il se transmet surtout à l'aide des objets souillés par les produits de l'expectoration. Ces objets, quand ils n'ont pas été désinfectés, conservent pendant des années leur pouvoir infectieux.

Mesures préventives. — L'isolement et la désinfection sont les mesures efficaces de préservation. En temps d'épidémie tout mal de gorge est suspect; le germe de la diphtérie se développe surtout sur une muqueuse déjà malade.

Mesures à prendre dès qu'un cas de diphtérie se produit. — Les mesures précédentes sont applicables avec plus de rigueur encore.

Désinfection des matières expectorées ou vomies. — Il est de la plus haute importance que les matières expectorées ou vomies, ainsi que les objets souillés par elles, soient immédiatement désinfectés. Pour la désinfection des matières expectorées ou vomies, on versera dans le vase qui les reçoit un demi-litre de la solution forte. On lavera avec cette même solution les cabinets d'aisances et tout endroit où ces déjections auraient été jetées et répandues. Les objets de literie, et en particulier les berceaux, doivent être également portés à l'étuve de désinfection. Les jouets de l'enfant doivent être brûlés. Les cuillers, tasses, verres, etc., devront, aussitôt après avoir servi au malade, être plongés dans l'eau bouillante. Pendant la maladie, les poussières du sol de la chambre seront enlevées chaque jour et immédiatement brûlées. Avant le balayage, on projettera sur le plancher de la sciure de bois humectée avec une solution de sulfate de cuivre (12 grammes par litre).

Formule d'une poudre dentifrice antiseptique. — Conseillée par M. David, elle a pour formule :

Carbonate de chaux		2000	grammes.
Pierre ponce		50	—
Iris		200	—
Chlorate de potasse	*ā ā*	50	—
Borate de soude			
Vanille		5	—
Fluosilicate de soude	*ā ā*	200	—
Salol			
Saccharine		5	—
Essence de menthe	*ā ā*	20	—
— d'anis			
— de rose	*ā ā*	5	—
— de néroli			
Cochenille		Q. S.	

Porphyriser et passer avec soin au tamis de soie.

NÉCROLOGIE

En France : MM les Drs Daniel (de la Seyne), Cattiaux (de Hendicourt), Costera (de Portels), Bachelier, médecin de la marine.

En Russie : M. le Dr Tolski, professeur d'obstétrique à la Faculté de Moscou.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Elliot (G.-T.). — — Eczéma séborrhéique (*The N.-Y. med. Journal*, 14 février 1891).

Harvey Littlejohn.— De la fièvre typhoïde due à l'infection par le lait (*Edimburgh méd. Journal*, mai 1891, p. 801).

Hernandez Buz (B). — Les stomatites infantiles et leur traitement (*Revista clinica de los hospitales*, février 1891).

Jacoby (G.-W.). — Contribution au diagnostic de la maladie de Raymond ((*The N.-Y. med Journal* 7 février 1891).

Le Re (G.). — Contribution à l'histoire de l'urticaire génésique (*Revista clinica e terapeutica* février 1891).

Massei.— Laryngo sténose syphilitique gommeuse (*Revista clinica e terapeutica*, février 1891).

Onodi. — Un cas de pharyngite fibrineuse datant de deux ans (*Revue de laryngologie*, 1er mars 1891).

Racliffe Crocker. — L'alopécie aréata, sa pathologie, son traitement (*The Lancet*, 28 février 1891).

Santa-Maria y Bustamante (M.). — De la pneumonie fibrineuse (*Revista clinica de los hospitales*, février 1891).

Thorne. — De la diphtérie, de sa nature et de son traitement (*The Lancet*, 21 février 1891, p. 414).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Casello. — La cure chirurgicale des cavernes pulmonaires (*Riforma medica*, 18 février 1891).

Garcia y Mansilla. — Des perforations de l'intestin grêle (*Revista clinica de los hospitales*, février 1891).

Kammerer F.). — Un cas d'anévrysme artério veineux (*The N.-Y. med. Journal*, 14 février 1891).

Moroti (de). — Quelques remarques sur une méthode nouvelle de traiter l'hypertrophie de la prostate (*Edimburgh med. Journal*, mars 1891, p. 830).

Teixeira Alvares. — Epitheliome de la cornée, opération, guérison (*O Brazil med.*, 1er février 1891).

Terrillon — Sarcomes de l'utérus (*Progrès méd.*, 28 février 1891).

THÉRAPEUTIQUE ET MATIÈRE MÉDICALE

Cerna (D.) —Etude sur l'action physiologique du kava-kava (*The Therap. Gaz.*, 15 janvier 1891).

Grego (W.)—De l'iodure de terpine dans les maladies aiguës des poumons (*The N.-Y. med. Journal*, 14 février 1891).

Lœbinger (H.-J.).—Traitement de la tuberculose pulmonaire par l'hydrothérapie (*The N.-Y. med.-Journal*, 7 février 1891).

Moyer (H.-N.). — De l'emploi de l'arsenic par la méthode hypodermique (*The Therap. Gaz.*, 15 janvier 1891).

Paoifoli (F.) —Etude pharmacologique du fer et des métaux voisins (*Riforma medica*, 21 février 1891).

Philip.—Du traitement de la tuberculose pulmonaire (*Edimburgh med. journal*, mars 1891).

Valenti (S.). — Sur l'action combinée de la digitale et du calomel sur l'insuffisance cardiaque (*Revista clinica e terapeutica*,, février 1891).

AVIS. — Toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée d'une bande du journal et de la somme de *soixante* centimes en timbres-poste.

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEDER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE — N° 11 — 18 MARS 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, DEMELIN, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Bichat. — M. le Dr Henri HUCHARD

Diagnostic précoce et principaux modes de début de la tuberculose pulmonaire (1)

On parle beaucoup du traitement curatif de la tuberculose pulmonaire. Chaque jour amène une médication nouvelle, et chaque lendemain une déception de plus. Il faudrait cependant s'entendre, et montrer que dans cette question thérapeutique, comme dans toutes les autres, la clinique doit reprendre ses droits. Le diagnostic hâtif d'une tuberculose commençante ou menaçante est une condition de succès telle pour la guérison de cette maladie qu'on peut formuler la proposition suivante :

Une tuberculose, reconnue ou soupçonnée dès son début, est susceptible de guérison ; une tuberculose méconnue, arrivée déjà au commencement de la seconde période, ou encore constatée seulement à la période d'apparition des bacilles dans l'expectoration, est le plus souvent incurable. En un mot, savoir reconnaître et dépister une maladie dès son origine, ce n'est pas seulement faire un bon diagnostic, c'est se préparer à faire de la bonne thérapeutique.

Pour ce qui est de la tuberculose en particulier, je crois qu'on n'a pas assez insisté sur son diagnostic précoce. Vous rencontrerez souvent dans la pratique des cas qui débutent d'une façon ambiguë ; si vous savez reconnaître ces formes douteuses, et si vous instituez d'emblée une hygiène bien comprise, vous pourrez n'avoir pas plus tard à lutter contre les accidents de la maladie confirmée.

La recherche des bacilles, dont on a peut-être un peu trop parlé, constitue-t-elle un criterium suffisant ? Nullement. Sans doute, la présence des bacilles signifie tuberculose ; mais leur absence ne signifie pas absence de tuberculose. « Pour qu'ils apparaissent dans les crachats, — dit Lichtheim, — il faut qu'il y ait destruction ulcéreuse du poumon et communication du foyer tuberculeux avec les bronches ». Aussi, dans les phthisies aiguës qui ne vont pas jusqu'à l'ulcération, n'y a-t-il pas ou peu de bacilles dans l'expectoration.

La constatation bacillaire ne peut donc pas aider au diagnostic précoce, et la découverte de Koch ne supprime pas celle de Laennec pour l'auscultation, comme Balmer et Fraentzel le croyaient. En un mot, cette constatation du bacille permet un diagnostic certain, mais non un diagnostic précoce.

Andral disait que « la phthisie a toujours jeté ses racines dans l'économie tout entière avant de se traduire par la lésion locale du poumon », et, tout dernièrement, Battle, dans son excellente thèse inaugurale de 1888, faisait judicieusement remarquer que ce n'est pas au poumon, mais partout qu'il faut observer le phthisique. On ne doit donc pas prendre à la lettre cette affirmation de Grancher et Hutinel : « La tuberculose pulmonaire, en tant que lésion locale, ne peut être révélée que par des signes locaux ». Cette proposition, si vous l'acceptiez dans toute sa rigueur, pourrait vous induire en erreur et vous faire commettre des fautes de diagnostic et de pronostic. Au nom même de la clinique, je crois qu'il faut ainsi la modifier : « En tant que lésion locale, la tuberculose du poumon, comme celle de tous les autres organes, doit être recherchée dans toutes ses manifestations générales, prémonitoires ou à distance ». C'est ainsi qu'elle peut prendre le masque de la chlorose, d'une simple dyspepsie ou même d'une névralgie rebelle.

A ce sujet, voici déjà quelques exemples :

Il y a quelque temps, je voyais une jeune fille pâle, affaiblie, décolorée et sujette à des accès de fièvre. Elle était considérée comme atteinte de chlorose à forme fébrile. Mais elle avait beaucoup maigri, et à l'auscultation du cœur et des vaisseaux on ne trouvait pas de souffle. Je songeai dès lors à la tuberculose. Je l'interrogeai sur ses antécédents et j'appris que ses parents étaient morts phthisiques. Ainsi, deux symptômes : l'amaigrissement rapide et l'absence des souffles chlorotiques, avaient suffi pour me faire soupçonner une tuberculose à son début. Vous savez, en effet, qu'il faut tenir pour suspecte toute chlorose qui ne s'accompagne pas de souffles à base du cœur et dans les vaisseaux du cou. J'examinai plus attentivement ma malade : elle ne toussait pas, et l'examen de la poitrine était à peu près négatif. Seulement, sous la clavicule du côté gauche, on constatait un abaissement dans la tonalité de l'inspiration et une certaine rudesse du bruit respiratoire. Mon diagnostic était fait : c'était une tuberculose *pseudo-chlorotique*. Environ un mois après, une hémoptysie venait confirmer cette façon de voir.

Il y a trois ans, je voyais une jeune fille atteinte d'une névralgie intercostale du côté droit. Cette névralgie avait résisté pendant un an à tous les traitements employés en pareil cas, et j'allais commettre une erreur de diagnostic avec tous les médecins qui m'avaient précédé, lorsque je fis une enquête sur les antécédents de

(1) Leçon rédigée d'après les notes de M. Tournier, interne des hôpitaux.

Digitized by Google

la malade. Or, sa mère avait succombé à la tuberculose, un de ses jeunes frères à une « congestion cérébrale », une sœur à une broncho-pneumonie. M'appuyant sur ces antécédents, je recherchai chez elle les signes d'une tuberculose commençante, et j'en constatai tous les signes du début au sommet droit. De plus, la malade avait maigri, elle toussait parfois, et j'appris ensuite qu'elle était fréquemment sujette à des accès de fièvre. Il n'en fallait pas davantage pour m'inspirer des craintes sur une tuberculose commençante, à laquelle la malade finit par succomber.

Ainsi donc, une névralgie rebelle « qui ne fait pas sa preuve » peut être le symptôme prémonitoire d'une tuberculose commençante. Il en est de même de certaines névralgies du trijumeau, indiquées par Perroud (de Lyon), et vous trouverez, dans la thèse déjà ancienne de Lagrolette, que la sciatique peut être un accident précoce de cette maladie. Enfin, Barié a cité des faits de zona (*Soc. méd. des hôpitaux*, 1887) en relation avec la tuberculose.

Voici encore un homme atteint d'une dyspepsie rebelle depuis un an. On trouve chez lui tous les signes d'une dilatation de l'estomac que l'on rend naturellement responsable de l'amaigrissement et de tous les symptômes observés. Le régime sec ne réussit qu'à augmenter encore l'émaciation de ce malade. Or, je finis par trouver des signes non équivoques d'une tuberculose pulmonaire commençante qui avait été cause et non effet de la dilatation gastrique. Voilà donc un fait — et vous en observerez beaucoup d'autres — de phthisie à *début stomacal*.

En tous cas, la recherche des antécédents a toujours une grande importance ; la contagion possible et relativement rare de la tuberculose ne doit jamais vous faire perdre de vue le facteur étiologique le plus important de cette maladie : l'hérédité.

La *prédisposition héréditaire* est connue de vous tous : un individu est issu de parents tuberculeux, il est tuberculeux lui-même ; c'est un exemple d'hérédité directe. Mais il est une autre forme d'hérédité qui n'est pas sans importance, et sur laquelle j'appelle souvent l'attention : un sujet atteint de goutte ou de rhumatisme chronique peut donner naissance à des tuberculeux, c'est là un exemple d'hérédite indirecte. En un mot, comme le dit Pidoux, la tuberculose n'est pas une maladie qui commence, c'est une maladie qui finit.

Cette question de l'hérédité de la tuberculose est très importante, et elle a été mise en lumière, surtout dans le jeune âge, par les recherches de Landouzy et d'Hippolyte Martin. On avait dit que « l'enfant ne naît pas tuberculeux, mais tuberculisable », ce qui signifie que la transmissibilité héréditaire tuberculeuse n'est pas possible autrement que par le terrain. Or, sans dénier à l'hérédité de terrain l'énorme part qui peut lui revenir dans la genèse de la tuberculose, ces deux expérimentateurs ont démontré qu'il fallait désormais compter avec l'*hérédité de la graine*; car les « résultats positifs obtenus par inoculations de parcelles placentaires et fœtales aussi bien que par inoculations spermatiques ont avec éclat démontré la *qualité tuberculisante* des unes et des autres... Nos fœtus humains sont donc nés tuberculisés comme ils auraient pu naître syphilisés; ils ont donné, par inoculation, de la tuberculose, tout comme ils auraient pu, syphilisés, donner la syphilis à leur nourrice. »

Les résultats de ces expériences sont féconds en déductions pratiques : ils démontrent, comme je vous le dirai plus tard, la fréquence souvent méconnue de la tuberculose dans les premiers mois ou les premières années de la vie. Donc, les enfants naissent tuberculisables, cela est vrai, et ils héritent ainsi du *terrain* tuberculeux; mais ils peuvent naître aussi tuberculeux, et ils héritent de la *graine*.

Non moins importante est la *prédisposition innée*. Vous m'avez vu tout à l'heure dans la salle m'arrêter près d'une jeune fille de vingt ans, chez laquelle j'ai reconnu une tuberculose au début et qui présente le type de ce que Landouzy appelle si justement le « type vénitien. »

En voici le signalement : peau blanche, marbrée de veinules, teinte ordinairement bleue de l'iris, *coloration rousse ou rouge du système pileux*, sueurs faciles, mollesse des chairs, une certaine élégance de forme. De nombreuses observations cliniques; M. Dewèvre, dans sa thèse (1887), déduit les conclusions suivantes :

1° La tuberculose est d'une fréquence extrême chez les malades du type vénitien ;

2° Tout vénitien doit être suspecté de tuberculose.

En dirigeant mes recherches sur ce sujet, j'ai découvert que Guy Patin avait, le premier, fait la même remarque. Voici, en effet, ce que nous lisons dans une de ses lettres :

« Il est constant que l'inflammation du poumon est toujours mortelle aux rousseaux. Feu M. de la Vigne, un de nos médecins de la Faculté, était fort rousseau. Je le fis un jour appeler en consulte chez un secrétaire du Roy, nommé Collier, qui avait 75 ans et qui était aussi rousseau et malade d'une inflammation du poumon : ce qui fit que je prédis qu'elle lui serait mortelle. M. de la Vigne me demanda où j'avais appris ce prognostique des rousseaux. Je lui répondis que je l'avais remarqué toujours très vray, outre que je l'avais ouï dire à Nicolas Pietre, qui l'avait appris de son grand-père, le grand Simon Pietre; et que la raison de cela était que les rousseaux abondent en sérosité âcre et maligne. Il me dit qu'il l'avait toujours remarqué de même. Je l'ai depuis lu dans les éphémérides de Baillou (1). »

Quant à la *prédisposition acquise*, Landouzy en trouve un exemple dans ce qu'il appelle le terrain variolisé. Pour lui, tout individu variolisé devient candidat à la tuberculose, et par cela même devient suspect de tuberculose.

Sur 300 individus, porteurs de cicatrices de variole, il n'en a trouvé que 11 (c'est-à-dire environ 3 0/0) qui ne fussent pas atteints de tuberculose. Donc, la variole serait un bon terrain de culture pour cette maladie

(1) Lettres choisies de feu Guy Patin (Rotterdam, 1689, p. 175).

Digitized by Google

et il y aurait un rapport de cause à effet entre une ancienne variole et l'apparition de la phthisie. Je vous cite ces conclusions sans les discuter, n'ayant pas eu l'occasion ni la possibilité de les contrôler. Cependant, vu le grand nombre de sujets qui, après avoir eu la variole, n'ont pas été atteints de tuberculose, je crois que ces conclusions sont prématurées et qu'elles demandent un supplément d'informations.

J'arrive maintenant à se qu'on dénomme la *constitution tuberculeuse*.

Vous avez remarqué dans la salle cette fillette de 15 ans, qui porte à ses sommets ses signes indéniables de tuberculose et qui a l'aspect d'une chlorotique; toutefois, elle ne présente pas de souffles cardiaques ou vasculaires, et chaque jour elle s'amaigrit davantage. Mais, ce qui frappe surtout chez elle, c'est un arrêt de développement considérable: la membres sont grêles, les seins rudimentaires; la menstruation n'existe pas; les parties génitales sont celles d'une enfant de 7 à 8 ans. C'est là un exemple de ce que Lorain et ses élèves Bourdon et Faneau de la Cour ont appelé l'*infantilisme* ou le *juvénilisme*. En présence de cas de ce genre, vous tiendrez votre esprit en éveil, et vous y verrez, non seulement une prédisposition à la tuberculose, mais déjà des signes indicateurs de cette maladie. L'infantilisme chez les tuberculeux se traduit par une gracilité, une petitesse du corps, sorte d'arrêt de développement qui porte plutôt sur la masse de l'individu que sur un appareil spécial. Le phthisique a l'air d'un enfant quand il est adolescent, d'un adolescent quand il est homme. Mais cet arrêt de développement n'est pas absolument spécial à la tuberculose, et Fournier a démontré dernièrement que l'hérédo-syphilis exerce une influence dystrophique en déterminant l'infantilisme, voire peut-être le nanisme.

En regard de cet état d'infantilisme, il faut signaler une autre variété décrite chez l'homme sous le nom de *féminisme*. Les hanches sont développées, la peau est glabre, les poils sont longs, fins et soyeux, les organes génitaux et les dents sont arrêtés dans leur développement, et les seins sont tellement accrus qu'ils semblent appartenir à une femme. L'hypertrophie de ces organes est distincte de la tuberculose mammaire, c'est une augmentation du volume simple, sans néoplasie. Or, lorsque l'on constate chez certains individus ces attributs de féminisme, il faut craindre et chercher la tuberculose.

D'après Leudet qui, en 1885, a appelé l'attention sur ce fait, l'hypertrophie mammaire est un symptôme de la phtisie confirmée ou avancée. Mais nous voyons dans la thèse d'Allot sur ce sujet (en 1887), que cette augmentation de volume, unilatérale, se développant du côté du poumon atteint, précédée souvent de douleurs intercostales, à développement assez brusque, pouvant apparaître et disparaître rapidement, est, dans certains cas, un signe précoce de la maladie. En tous cas, elle n'est pas forcément liée à cet aspect féminin de certains individus prédisposés à la tuberculose, elle peut exister à l'état isolé, et semble être le résultat de troubles trophiques dus à la névrite intercostale, au même titre que l'atrophie des muscles thoraciques. Elle peut être bilatérale, comme j'en ai vu un cas fort intéressant.

Je vous ai parlé de l'arrêt de développement, de l'infantilisme qui peut être parfois le signe indicateur d'une tuberculose. Mais dans d'autres cas, c'est le contraire qu'on observe. Vous voyez des jeunes gens croître d'une façon démesurée et devenir ensuite tuberculeux. J'en ai vu qui arrivent ainsi très rapidement à la taille de 1 m. 80 et même davantage et qui, une beau jour, sont pris d'une hémoptysie. Cette croissance exagérée et rapide chez des individus prédisposés par leurs antécédents, doit tenir votre esprit en éveil sur le développement possible d'une tuberculose.

Je ne fais que vous signaler les *conformations vicieuses du thorax* que l'on peut observer chez les individus voués à la tuberculose: l'amoindrissement des diamètres latéral ou antéro-postérieur, d'où la forme cylindroïde qu'affecte le thorax tuberculeux au lieu de la forme conoïde qui est normale: la brièveté excessive des trois premières côtes, d'après Freund; la diminution de l'espace intermammaire, d'après Gintrac; la brièveté de la poitrine à la partie supérieure, d'après Hirtz, etc. Ce sont là de simples signes de présomption de la tuberculose que vous trouverez très bien exposés dans un mémoire de Truc sur le «thorax du tuberculeux» (*Lyon médical* 1885 et dans la thèse de Reboul, *Montpellier* 1887).

Je ne m'arrête pas davantage sur les ongles hippocratiques qu'on rencontre dans d'autres maladies, et sur « l'habitus phthisique » que les auteurs anciens, et Arrêtée parmi eux, avaient si bien décrits, et je vous rappelle que « Laennec avait remarqué judicieusement que la terrible maladie emporte fréquemment les hommes les plus robustes et les mieux constitués. »

Donc, les signes tirés du facies et de la constitution tuberculeuse ne sont pas toujours exacts et peuvent vous induire en erreur.

Vous savez tous comment débute une tuberculose vulgaire. Un individu, jusqu'alors en bonne santé, est pris brusquement d'une hémoptysie. C'est là le signal de toute la série des sympômes qui vont se dérouler ensuite. Sans évoquer outre mesure ce spectre rouge de l'hémoptysie au début de la tuberculose, je dois vous dire que la plupart du temps un crachement de sang survenant en l'absence de toute lésion cardiaque ou artérielle, ou de toute influence arthritique, est le plus souvent de nature tuberculeuse. Mais ce n'est pas l'hémoptysie qui donne naissance à la phthisie, comme le croyait Morton (*phtisis ab hemoptœ*); elle est le premier signe d'une tuberculose déjà installée. Puis surviennent la fièvre, la toux, l'amaigrissement, la perte des forces; vous auscultez alors sous la clavicule et vous percevez une inspiration basse et rude, une expiration prolongée, quelques râles sous-crépitants, etc., tous les signes, en un mot, d'une tuberculose qui va évoluer plus ou moins rapidement.

Si toutes les tuberculoses se comportaient ainsi, le

Digitized by Google

diagnostic serait facile. Du reste, il vient déjà trop tard, les lésions sont irrémédiables, et je vais vous montrer que les modes de début de la tuberculose pulmonaire sont nombreux et divers. Il faut bien les connaître pour dépister une phthisie commençante.

(*A suivre.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

L'iodoformisation des phthisiques

I. *Iodoforme et tuberculose.* — II. *Iodoforme et gaïacol.* — III. *Mode d'emploi et posologie.* — IV. *Iodoformisation ou iodisme thérapeutique.*

I. **Iodoforme et tuberculose.** — C'est le proverbe qui l'affirme : faute de grives, on doit se contenter de merles; il faut croire au proverbe.

Les promoteurs habituels de médicaments inédits doivent s'en apercevoir. Faute de remèdes nouveaux contre la tuberculose, on est contraint d'en revenir aux anciens. C'est comme cela : après l'orage, le calme; après le remède de Koch et une crise d'hystérie thérapeutique, une période de tranquillité et de réflexion.

L'Académie vient d'en profiter pour entendre deux communications importantes sur le traitement de la tuberculose par l'iodoforme, un médicament qui, on le sait, a fait ses preuves, et par le gaïacol, principe actif de la créosote, qui, elle aussi, a donné la mesure de sa valeur.

Ils ne sont donc, ni l'un ni l'autre, des inconnus dans la matière médicale.

La méthode hypodermique, au moyen de laquelle on les administre, n'est pas non plus nouvelle. Il y aura donc des gens pour objecter que tout cela est banal. Soit. D'autres, heureusement plus nombreux et plus sages, leur répondent : cela vaut bien les médications à surprises.

Assez de réclames et d'exploits thérapeutiques. Ecoutons les sages.

L'iodoforme, disent-ils, a prouvé l'étendue de la puissance médicatrice en phthisiothérapie : il y a beau temps de cela. En 1888, parlant de ses succès contre la tuberculose, et en cherchant la raison physiologique, j'écrivais : « Ce médicament agit à la fois comme un » modificateur de la nutrition et comme un antisep- » tique complet (parasiticide et désinfectant). »

La première de ces vertus lui est en effet commune avec les autres agents médicamenteux de la famille des iodiques. Inutile d'insister (1).

Quant à la seconde, on n'a point attendu l'année 1891 pour l'utiliser. Je le prouve.

L'emploi de l'iodoforme contre la tuberculose date de loin. C'est un épisode intéressant de l'histoire contemporaine de la médecine. Le 17 juillet 1843, Bouchardat affirmait devant l'Académie des sciences ses propriétés antivirulentes et leur prédisait une renommée que l'avenir n'a point démentie. Cette prophétie thérapeutique s'est réalisée. Il a fallu, il est vrai, des année pour cela.

En 1853, Righini obtenait par les inhalations d'iodoforme l'amélioration de phthisiques au début et l'arrêt de la caséification dans des phthisies avancées.

Vingt-sept années durant, on oublia trop ces essais. En médecine clinique, comme ailleurs, la vérité demeure volontiers dans l'ombre ; il faut des circonstances accessoires pour la mettre en lumière.

L'opinion s'acheminait enfin, après les travaux mémorables de Villemin, vers la théorie parasitaire de la tuberculose.

En 1879, au Congrès d'Amsterdam, Semmola confirmait les observations de Righini. Ce n'était pas une révélation thérapeutique mais seulement la résurrection d'un médicament, à un quart de siècle de distance.

La prophétie de Bouchardat se vérifiait. Vinrent de nombreux travaux : ceux de Chiamarelli (*Annali clinici*, 1882), Rummo, Sormani, Franchini, Pisani, Marchand (*Virchow's Arch.*, 1883), Dreschfeld, Drasche, Schnitzler, Singleton Smith (*Congrès d'Amsterdam*, 1886), et sa série de 48 cas de phthisie, où 29 fois le poids du corps augmenta, la fièvre tomba, la toux et les crachats diminuèrent sous l'influence du traitement ; enfin, pour abréger, car citer tous les auteurs serait oiseux, vint la déclaration décisive de MM. Hérard, Cornil et Hanot, écrivant dans leur beau traité *De la phthisie*, « l'administration de ce médicament est entrée dans la pratique journalière » de la phthisiothérapie. C'était tout dire.

L'action de l'iodoforme sur le processus tuberculeux n'est pas seulement celle d'un agent necro phytique. Sa puissance microbicide, je l'ai écrit aussi naguère (1), ne suffit pas en effet pour tuer directement le bacille dans les tuberculoses viscérales. Il agit par son pouvoir désinfectant et, comme tous les iodiques, comme eutrophique.

C'était le motif et c'est là une excuse des essais des thérapeutistes qui pratiquèrent, malgré les dangers bien connus de ce procédé, les injections d'iodoforme dans les cavernes pulmonaires espérant, expérience assez redoutable, réaliser ainsi l'antisepsie locale du poumon tuberculeux.

Cependant, l'objectif est autre quand on administre l'iodoforme aux phthisiques. Conformément aux observations de Marchand et aux ingénieuses expériences de Gosselin (de Caen), cette médication doit s'efforcer plutôt d'entraver la formation des cellules géantes : c'est l'indication locale. Elle doit de plus, c'est l'indication thérapeutique générale, stériliser le milieu intérieur et neutraliser les toxines. Au demeurant, atteindre ce but serait réaliser autrement qu'en théorie l'antisepsie du milieu intérieur des tuberculeux : c'est-à-dire une iodoformisation des phthisiques.

Mais la résistance de la vie cellulaire a des limites; l'iodoformisation thérapeutique ne doit pas aboutir à une intoxication iodoformique. C'est pourquoi, conclusion légitime de ces prémisses, la meilleure médication iodoformique est celle qui permettra, sans péril, d'approcher le plus près possible de ce but idéal.

(1) Ch. Eloy (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Art. : Iode, iodoforme, iodures alcalins).

(1) *Loco citato.*

Digitized by Google

En thérapeutique, comme en philosophie, il faut être modeste. La recherche de l'absolu est une chimère et à défaut du bien on doit, bon gré mal gré, se contenter du mieux.

II. **Iodoforme et gaïacol.** — On a donc voulu faire mieux.

Par définition, on l'a vu plus haut, l'iodoforme est un antiseptique complet : à la fois parasiticide et désinfectant, mais plus encore désinfectant que parasiticide.

On a donc cherché, l'idée était naturelle, à augmenter sa puissance nécrophytique par des associations médicamenteuses avec d'autres agents germicides. On lui a adjoint la créosote ; actuellement on l'associe avec le gaïacol. On peut à coup sûr, entre remèdes antiseptiques composés, se ressembler de plus loin.

En solution aux deux millièmes, Guttmann a vu ce phénol tuer les bacilles de Koch. En solution au quatre millièmes, il en arrête le développement et en détruit la vitalité. *In vitro*, il importe de le rappeler, le gaiacol est donc un germicide du bacille de Koch.

Au moment où, en retard de quinze années sur MM. Bouchard et Gimbert, les Allemands Sommerbrodt, Frankel et Engel recommandaient la créosote, Sahli conseillait le gaïacol (*Neue Arzneimittel*, 1889, p. 159). Il l'administrait par la voie gastrique, et d'après une formule qui a cessé depuis longtemps d'être inédite, mais qui néanmoins mérite aujourd'hui d'être rappelée. La voici :

Gaïacol	1 à 2 grammes
Eau distillée	180 grammes
Alcool à 40°	20 —

Cette solution s'administre par cuillerée à café ou cuillerée à bouche et en mélange dans l'eau pure ou l'eau de Seltz, après les repas. Dose : deux à trois cuillerées par jour, c'est-à-dire 20 centigrammes à 1 gramme dans les vingt-quatre heures.

Ingéré par la bouche ou administré en lavements, le gaïacol diminue l'expectoration, atténue la toux et améliore l'état général. Ce sont des propriétés surtout anticatarrhales. Afin d'obtenir une action anti-bacillaire, il faut, comme Guttman l'a remarqué pour la créosote, élever les doses ; mais alors l'estomac devient rebelle au médicament : il y a des vomissements et de la diarrhée.

Pour ce motif, Schetelig a récemment prouvé que, dans l'administration du gaïacol, la méthode de choix est encore l'injection sous-cutanée. Il prescrit donc le gaïacol en solution dans la glycérine et par la voie hypodermique.

Qu'il s'agisse donc de l'iodoforme pur ou de l'iodoforme associé à d'autres agents parasiticides, la voie sous-cutanée est celle que l'on doit préférer quand on se livre à la recherche thérapeutique de l'iodoformisation des phthisiques. C'est une voie dont la sécurité et l'innocuité sont reconnues. Gimbert et Krause l'avaient choisie pour introduire la créosote dans l'organisme ; après eux, d'autres l'ont employée ; c'est elle que MM. Picot et Pignol recommandent. Sur ce point, tout le monde est d'accord.

III. **Mode d'emploi et posologie.** Quelle est la technique de cette médication ?

D'abord, quel est le lieu d'élection pour ces injections ? La fosse sus-épineuse ? Cette région, de l'avis de M. Picot et d'autres, échappe aux traumatismes accidentels. Soit.

Le sillon rétro-trochantérien ? M. Pignol le recommande.

Les régions lombaire ou fessière ? Elles ont leurs partisans et, ce qui importe plus, elles offrent des avantages. Mais soyons moins exclusifs et, pratiquement, suivant les circonstances, adoptons l'une ou l'autre de ces régions.

La formule du liquide à injecter varie aussi.

Chaque véhicule : vaseline, huile d'olives, huile d'amandes douces, a ses avocats.

M. Pignol condamne la vaseline et recommande les huiles végétales. M. Diamantberger, qui se contente d'injections simples au gaïacol, les préfère aussi (*Gaz. des Hôpit.*, 1890, p. 1339, et 1891, p. 290). M. Picot est plus eclectique et adopte le mélange de ces divers véhicules. Somme toute, les huiles végétales semblent préférables, — M. Burlureaux vient de le prouver (1), — à condition d'être scrupuleusement stérilisée.

Comment formuler une solution antiseptique injectable ?

Sans m'arrêter à discuter la méthode de M. Diamantberger, voici cependant, à titre de document, la préparation qui en est la base :

Gaïacol Huile d'amandes douces stérilisée à l'étuve	àà 50 grammes

Chaque injection d'un gramme contient donc un demi-gramme de gaïacol et un centigramme de cocaïne. Dose : une demi-seringue à une seringue et même deux par jour, quand la tolérance est établie.

Au point de vue de l'iodoformisation des tuberculeux, la formule de M. Picot paraît recommandable. La composition en est simple : encore un mérite. La voici :

Iodoforme	0 gr. 01
Gaïacol	0 — 05
Huile d'olives stérilisée Vaseline	q. s. pour 1 cent. cube

La dose initiale est d'un centimètre cube quotidiennement. On la porte successivement au double ou au triple, en multipliant les injections.

M. Pignol associe l'iodoforme et le gaïacol à l'eucalyptol. Point d'accidents locaux, dit-il, avec ce liquide ; pas de douleurs ; bref, tous les avantages : une affirmation de plus, et on répéterait volontiers l'adage de l'Ancien : *tuto, cito* et *jucunde !*

Eucalyptol	0 gr. 14
Gaïacol	0 — 05
Iodoforme	0 — 01
Huile d'olives stérilisée	q. s pour 1 cent. cube

Dose quotidienne : variable de trois à dix et douze centimètres cubes,

Que l'on adopte ces préparations ou que l'on préfère la vaseline iodoformée classique, ou bien la glycérine iodoformée selon la formule employée par Lipp dans la syphilis, peu importe : on ne saurait contester, après les

(1) Burlureaux (*Société française de dermatologie*, 12 mars 1891).

Digitized by Google

faits publiés par M. Picot, l'action thérapeutique prépondérante de l'iodoforme dans cette médication. Avec ou sans gaïacol, avec ou sans eucalyptol pour adjuvants, il s'agit bien d'une iodoformisation systématique des phtisiques.

Injecté sous la peau, l'iodoforme pénètre dans le sang. Les urines donnent la réaction des iodiques. Elles contiennent de l'iodure de potassium. L'élimination dure douze à quinze heures. De plus, autre fait à retenir, M. Picot et son préparateur, M. Bonnans, ont constaté dans les autopsies, la présence du même iodure dans le parenchyme pulmonaire.

IV. **Iodoformisation ou iodisme thérapeutique?** — Ici, j'entends une objection : l'iodoforme, me dit-on, se transformant en iodure alcalin, c'est donc sous cette forme qu'il doit intervenir et non en conservant son individualité chimique. Pour ainsi parler, cette médication aurait pour effet de produire l'iodisme thérapeutique des phtisiques plutôt que leur iodoformisation.

Soit! j'accepte l'argumentation et je réponds : si, *in vitro*, les iodures sont, M. Miquel l'a montré, de faibles antiseptiques, en clinique, cependant, l'observation établit leur utilité contre la phtisie, la méningite tuberculeuse et les modalités diverses de la tuberculose.

En fait, l'objection ne détruirait pas la valeur d'une méthode qui revient à introduire dans l'organisme un médicament de la famille des iodiques sous une forme commode et par un mode d'administration plus précis. Au demeurant, je me répete : si, comme je l'écrivais en 1888, les iodiques sont de « faibles microbicides (1) », ils sont, par contre, « d'efficaces stérilisateurs du terrain. »

Somme toute, ce n'est point là une vertu vulgaire. A défaut d'autres, elle suffit une fois de plus pour recommander, en phthisiothérapie, les iodiques en général et l'iodoforme en particulier.

Mais revenons au gaïacol en association posologique avec l'iodoforme. En théorie, on peut admettre l'efficacité d'un traitement qui complète la puissance microbicide de l'un par le pouvoir désinfectant de l'autre. En fait, c'est une médication à mettre à l'essai. Cependant, il ne faut pas l'oublier, malgré des succès, peut-être hâtivement annoncés, la réserve s'impose.

Après des engouements thérapeutiques récents et les déceptions présentes à toutes les mémoires, ce n'est point, je pense, faire acte d'hostilité ou profession de scepticisme, que d'ajourner tout jugement. Je dis donc comme au Palais : l'affaire reste en délibéré.

CH. ELOY.

(1) *Loco citato.*

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

CHIRURGIE

Du traitement des contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval, par M. MOTY. — Notre savant confrère militaire termine son important travail par les conclusions suivantes (*Arch. de méd. et de chirurg. milit.*, février et mars 1891) :

1° Dans le tiers des cas, les contusions abdominales par coups de pied de cheval s'accompagnent de lésions intestinales graves.

2° Le diagnostic des perforations est impossible.

3° Le meilleur moyen de traiter ces plaies intestinales est la réunion directe par suture. Existe-t-il une péritonite? On peut encore pratiquer la suture intestinale et la laparotomie.

4° Cependant, une laparotomie exploratrice n'est point indiquée, et, dans le doute, on doit s'en tenir au traitement médical.

5° Quant au pronostic, il convient de le réserver pendant un mois environ, car il peut exister des complications ultérieures résultant de contusions latentes de la muqueuse. S. R.

De l'opération radicale de la hernie abdominale, par M. WOLF. — Sur 165 opérations pratiquées par Scheede (61 pour des hernies inguinales étranglées et 69 pour des hernies fémorales, il y a eu 2 décès 0/0 et 25,9 succès définitifs; un succès définitif étant celui qui persiste après une année (*Centralbl. f. die med. Wis.*, 1891, n° 5.).

Les conditions les plus favorables à l'opération sont : la ligature du sac aussi haut que possible; l'extirpation de ce dernier; la suture de l'orifice par où la hernie se produit, et, au besoin, la division du canal inguinal. Il faut préférer la suture métallique. L'extirpation du sac simplifie les suites opératoires.

Parmi les indications opératoires, M. Wolf insiste sur l'âge des sujets. Sont-ils dans l'enfance : on peut encore espérer la guérison par les bandages; au-dessus de sept ans, la cure radicale est préférable. Enfin, elle doit être recommandée aux adultes. Parmi ses contre-indications, il insiste sur l'état cachectique. S. R.

MÉDECINE

Bronchite méliniteuse, par MM. REGNAULT et SARLET. — Cette bronchite est causée par les vapeurs d'acide picrique qui se dégagent dans la production de cet acide en traitant le phénol par l'acide nitrique. (*Annales d'hygiène*, mars 1891, p. 196.)

Cette bronchite est caractérisée par des accès de dyspnée, par la fréquence des respirations, la répétition des accès pendant le jour aussi bien que durant la nuit, la fréquence de la toux et l'absence d'une expectoration glaireuse à la fin des crises. La mort est exceptionnelle. Dans le cas observé par les auteurs, le malade succomba à une maladie intercurrente : la grippe, et l'analyse chimique révéla la présence de l'acide picrique dans les urines, le sang et le foie.

Les malades ainsi intoxiqués présentent, de plus, de l'anémie et une teinte jaune des téguments, des poils et des parties exposées aux émanations toxiques. Le diagnostic de leur dyspnée avec celle de l'asthme est facilité par l'analyse des urines, qui contiennent de l'acide picrique. S. R.

Péritonite consécutive à l'administration d'un lavement dans la dysenterie, par M. R. BALL. — Il s'agissait d'un enfant de sept ans, dont on traitait la dysenterie par des lavements avec une solution de salicylate de soude. (*The New-York med. journal*, 10 janvier 1891).

Après l'administration d'une demi-pinte de ce liquide, l'enfant accusa de la sensibilité de l'abdomen. Celui-ci était distendu, la face était grippée, le pouls petit et rapide; il y avait de l'angoisse. M. Bell diagnostiqua une péritonite par perforation intestinale et pénétration du liquide médicamenteux dans la cavité péritonéale. On appliqua le traitement de la péritonite, et le malade guérit.

Dans ce cas, on peut se demander s'il faut attribuer la perforation intestinale à une ulcération dysentérique ou à l'administration maladroite du médicament. S. R.

Digitized by Google

OPHTALMOLOGIE

Indications et contre-indications du nitrate d'argent et du sulfate de cuivre en ophthalmologie, par M. GRANDCLEMENT. — L'auteur qui passe en revue les principaux médicaments employés dans les affections superficielles de l'œil, apprecie ainsi la valeur thérapeutique de ces deux substances (*Lyon Médical*, 8 mars 1891):

Le *sulfate de cuivre* est un des meilleurs médicaments contre les ophthalmies granuleuses soit en solution, soit mieux encore en glycérole au 10°, soit même en cautérisations directes avec le cristal bleu de ce sel. Ces cautérisations sont très douloureuses, même avec les instillations préalables de cocaine. Cet agent entre pour un tiers dans la confection du crayon de *pierre divine*, qui rend les plus grands services dans la plupart des inflammations superficielles de l'œil, et qu'on ne saurait trop recommander. On sait qu'il est composé de sulfate de cuivre, d'alun et de nitrate de potasse, un tiers de chaque.

Le *nitrate d'argent* est très dangereux au cours des ulcérations de la cornée, dans lesquelles il forme des incrustations apparentes et indélébiles de chlorure et d'albuminate d'argent.

Aussi a-t-on l'habitude, lorsque l'on cautérise la conjonctive dans le cours des ophthalmies purulentes, toutes les douze heures, de neutraliser exactement le sel non décomposé avec un pinceau trempé dans l'eau salée, et même de préserver sûrement la cornée par un artifice quelconque.

Il faut n'employer qu'une solution fraîche et à l'abri de la lumière dans un flacon noir ; sinon la solution, en partie décomposée, contient un nuage noirâtre d'oxyde d'argent, et de l'acide azotique libre qui produirait une profonde eschare conjonctivale.

Malgré ces inconvénients le nitrate d'argent reste le roi des microbicides dans le traitement des ophthalmies purulentes. M. Grandclément a guéri rapidement des ulcères atones et *pultacés* de la cornée en les cautérisant avec la pointe effilée d'un crayon de nitrate d'argent. Il ne faut toucher que le fond pultacé de l'ulcère et non les bords qui, moins bien protégés par des débris nécrobiosés, garderaient une empreinte et une trace ineffaçables. S. R.

Traitement de la blépharite granuleuse par l'éthylate de soude, par M. SYMONS. — L'auteur préfère ce médicament au nitrate d'argent. Il est moins douloureux et ne provoque pas de réaction. (*Australasian med. gaz.*, t. X, p. 2).

La technique de cette médication est la suivante. On renverse la paupière, on anesthésie la conjonctive avec la cocaine; puis on touche la surface granuleuse avec un pinceau imbibé d'éthylate de soude en ayant soin d'enlever, avec un tampon d'ouate hydrophile, l'excès du médicament. Enfin, pour diminuer l'action caustique de cette substance on peut l'additionner avec quelques gouttes de chloroforme. S. R.

De l'emploi de l'aristol en oculistique, par M. A. BOURGEOIS. — L'auteur a employé avec succès cet antiseptique contre les ulcères de la cornée, les kératites traumatiques et les plaies causés par un corps étranger ou l'extirpation d'un épithélioma. (*Union méd. du Nord-Est*, février 1891, p. 35).

Dans un cas d'ulcération cornéenne, il a suivi la technique suivante qui paraît, à tous points de vue, recommandable.

1° Instillation de cocaine entre les paupières.

2° Lavages abondants des culs-de-sac conjonctivaux avec la solution de bi-iodure de mercure au vingt-millième.

3° Instillation d'une goutte d'ésérine et projection de poudre d'aristol sur la cornée.

4° Pansement au sublimé maintenu par un bandeau.

Les indications de l'aristol en ophthalmologie sont manifestes quand il s'agit de tarir un foyer de suppuration ou d'obtenir la cicatrisation d'une plaie. Pas de danger d'intoxication, ce qui est un avantage sur l'iodoforme et dans la médecine infantile. S. R.

TOXICOLOGIE

De l'action de l'exalgine à doses exagérées, par M. CONNING-HARTLEY. — Contrairement à ceux qui affirment l'innocuité de cette substance, l'auteur a observé par son emploi répété les accidents suivants. (*The Lancet*, 7 mars 1891, p. 341).

Cinq minutes après l'administration du methyl-acetanilide, le malade perdit connaissance, éprouvant de l'angoisse, de l'impossibilité de parler et de la dyspnée. La pâleur du visage était intense, les pupilles se dilataient ; on observait de l'arythmie cardiaque, de la petitesse du pouls et une transpiration profuse. Ces accidents sont ceux qui peuvent accompagner une syncope : de sorte que les remarques du médecin anglais confirment les appréhensions formulées sagement en France au moment où ce médicament fut introduit dans la matière médicale. S. R.

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude clinique de l'asthme essentiel chez les enfants, par M. le Dr PAULE BERT (*Th. Paris*, 1890).

Dans ce travail, l'auteur insiste sur le départ exact qu'il faut faire entre les observations d'asthme symptomatique d'une affection nasale, bronchique gastro-intestinale, cardiaque, syphilitique, paludéenne et de l'asthme purement essentiel. L'examen des faits jusqu'ici publiés permet de dire que si l'asthme symptomatique se rencontre assez souvent chez l'enfant, l'asthme essentiel est en somme une affection rare ; mais son existence ne fait aucun doute cependant.

L'hérédité semble avoir grande influence ; outre l'asthme, on trouve : la goutte, le diabète, le cancer, l'hystérie, les dermatoses, etc.; manifestations communes de l'arthritisme. C'est de 1 à 10 ans qu'on remarque la plus grande fréquence et la forme bronchique se voit le plus souvent. Chez l'enfant ce n'est pas l'apnée, mais, au contraire, l'augmentation considérable des mouvements respiratoires que les observateurs ont notée. C'est même là la cause de la confusion faite avec la bronchopneumonie.

Le pronostic est commandé par ce fait que la guérison a lieu sans rien laisser à sa suite. Le traitement par le datura est celui de l'adulte. H. G.

Quelques critiques sur le projet portant revision de la loi de 1838 sur les aliénés, par M. le Dr JACOB. (*Thèse de Paris*, 1890).

L'auteur examine la question du placement des aliénés, les attributions des médecins directeurs, l'hospitalisation des idiots et des crétins, des aliénés criminels et le projet d'un asile spécial, et conclut que ce projet de loi constitue un progrès sur la loi de 1838. Si l'on appelle progrès une réglementation multiple et inutile, l'auteur a raison ; les défectuosités de la loi de 1838 ne sont pas comblées par le nouveau projet qui y a ajouté les germes de difficultés nouvelles.

Dr CHARPENTIER

Du délire dans la chorée par M. le Dr DIGOY (*Thèse de Paris*, 1890).

L'auteur étudie les chorées arythmiques (chorée de Sydenhom, chorée de la grossesse, chorées chroniques de Huntington et des vieillards). Ces chorées existent souvent avec des phénomènes délirants ; le délire consiste dans une extrême mobilité et dans l'absence de systématisation ; ce délire aboutit souvent à une démence précoce. Dr C.

Digitized by Google

Du lavage de l'estomac dans la sitiophobie des aliénés, par M. le Dr Froissart. (*Thèse de Paris*, 1890).

L'auteur étudie la sitiophobie dans les diverses formes de la folie et surtout dans la mélancolie qui pour lui se relierait intimement à l'état général de la nutrition. Il considère le lavage comme peu utile dans la paralysie générale et préfère le tube de Faucher au cathétérisme de l'œsophage par les fosses nasales.

Etude de l'état mental chez les enfants dégénérés, par M. le Dr Regès. (*Thèse de Paris*, 1890).

Une bonne observation bien analysée sert de point de départ à cette thèse qui étudie les mouvements involontaires, impulsifs rhythmés ou non chez les jeunes dégénérés supérieurs.

L'auteur admet que la répression de l'initiative chez les enfants dégénérés augmente l'irrésolution et la sauvagerie de leurs caractères. Il attache une grande importance à l'imitation dans la production de ces impulsions.

Des idées de persécution dans l'alcoolisme, par M. le Dr Dourisbourg. (*Thèse de Paris*, 1890).

L'auteur n'admet pas les idées de persécution dans les formes aiguës de l'alcoolisme, malgré des faits évidents.

L'homicide serait rare dans les idées de persécution de nature alcoolique; ce qui est très discutable.

Il admet l'irresponsabilité dans l'alcoolisme; ce qui est un bon moyen pour propager l'alcoolisme.

Dr Charpentier

MÉDECINE D'URGENCE

MALADIES DES ENFANTS

Traitement d'un accès de laryngite striduleuse

En présence d'un accès de laryngite striduleuse, qu'y a-t-il à faire? 1° Diminuer le gonflement inflammatoire de la muqueuse; 2° éliminer les sécrétions; 3° combattre l'élément nerveux.

I. *Contre le gonflement inflammatoire*, nous emploierons les dérivatifs et les révulsifs :

A. Eponge imbibée d'eau chaude au devant du cou, enveloppement du cou avec des compresses trempées dans l'eau chaude.

B. Sinapismes en feuilles; cataplasmes sinapisés sur le devant de la poitrine, sur les cuisses et les mollets. Bains sinapisés.

II. *Pour éliminer les sécrétions* : comme plus expéditif, titiller la luette avec le doigt ou avec une barbe de plume. En cas d'insuccès, vomitifs.

Ipéca sous la forme classique :

Ipécacuanha	0 gr. 50
Sirop d'ipécacuanha	30 —

Ou :

Sulfate de cuivre	0,15 à 0,50 cent.
Sirop simple	10 gr.
Eau	40 —

Une cuillerée à café toutes les 5 à 10 minutes jusqu'à vomissement.

Si l'ingestion buccale est impossible :

Chlorhydrate d'apomorphine	1 gr.
Eau distillée de laurier cerise	5 —

En injecter sous la peau une seringue de Pravaz à une seringue et demie, ce qui représente 2 à 3 milligrammes, dose pour un enfant de 3 ans) au-dessous de 3 ans il faut être très réservé dans la crainte du collapsus.

On ramollira les mucosités.

1° En entretenant dans la chambre une atmosphère chaude et humide par l'évaporation de grandes quantités d'eau dans des récipients largement ouverts: cuvettes, terrines (eau pure, eau additionnée de quelques gouttes de térébenthine).

2° Fumigations, vaporisations, pulvérisations, directement au devant et dans la bouche même de l'enfant, avec de l'eau pure ou une infusion de tilleul ou de sureau.

III. *Contre l'élément spasmodique*, les antispasmodiques comme dans la coqueluche (1). Par exemple :

Poudre de Dower	20 cent.
Julep gommeux	30 —
Eau distillée de laurier cerise	4 —

Par cuillerées à café toutes les heures.

Ou bien :

Oxyde de zinc	0,10 à 0,15 cent.
Extrait de jusquiame	0,10 à 0,30 —
Looch blanc	40 gr.

Lorsque l'enfant ne peut rien avaler, on administre en lavement :

Hydrate de chloral	0 gr. 50
Infusion de valériane	50 —

Qu'on répète une seconde fois, au besoin ; ou bien, un suppositoire.

Bromure de potassium	0 gr. 50
Beurre de cacao	q. s. pour un petit suppositoire d'enfant.

Si l'on doit agir plus rapidement : -- pulvérisation d'une solution de cocaïne, profondément dans la bouche, vers l'épigotte et l'ouverture supérieure du larynx.

Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 10
Bromure de potassium	1 gr.
Eau distillée d'amandes amères	5 —
Eau	45 —

Injections sous-cutanées de morphine ou d'antipyrine :

Antipyrine	2 gr.
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 05
Eau distillée de laurier cerise	4 gr.

Deux ou trois seringues dans les 24 heures pour un enfant de 3 ans (2).

En cas d'urgence absolue : chloroformisation avec précaution ; trachéotomie ou tubage.

Dr H. Gillet.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

MALADIES DES VOIES URINAIRES

Du cathétérisme chez l'homme (3)

Occupons-nous maintenant du *cathétérisme explorateur*.

Pour pratiquer l'*exploration de l'urèthre*, on se sert d'explorateurs à boule en gomme. Lorsque le canal présente un calibre normal, un explorateur dont la boule correspond au n° 20 doit pénétrer facilement jusque dans la vessie.

(1) Voir : D'Heilly, traitement de la coqueluche (*Mémentos thérapeutiques des praticiens*, T. I. 1891, p. 185).

(2) Voir : *Revue gén. de clinique et de thér.* 1888, n° 28, p. 447.

(3) Fin : voir, p. 151.

Digitized by Google

L'exploration de l'urèthre exige les mêmes soins préalables que le cathétérisme évacuateur. Si les voies urinaires contiennent des microbes pathogènes, il faut rendre aseptiques l'urèthre et la vessie afin d'éviter la fièvre urineuse. Le lavage continu de l'urèthre antérieur et le lavage de la vessie sans sonde permettent d'obtenir facilement ce résultat.

Lorsque les voies urinaires sont aseptiques, il suffit d'employer un explorateur également aseptique. Cet instrument et les bougies en gomme sont rarement infectés aujourd'hui parce que l'on a soin de faire précéder leur introduction de l'antisepsie directe des voies urinaires inférieures. On se contente donc, en général, de plonger un instant ces divers instruments dans une solution de sublimé au millième après les avoir bien essuyés. On les lave ensuite avec une solution saturée d'acide borique et un peu de coton hydrophile. Ce procédé, que j'emploie depuis cinq ans, m'a toujours donné de bons résultats.

L'explorateur, enduit de vaseline boriquée, est introduit comme les sondes flexibles. On le pousse doucement dans le canal. Lorsque la boule de l'explorateur arrive au niveau du sphincter uréthral, on sent qu'elle bute contre un obstacle. En même temps le malade éprouve une sensation pénible qu'il compare souvent à une piqûre. En général, il suffit de presser quelque peu pour que la boule de l'instrument s'engage dans la région sphinctérienne de l'urèthre. On sent alors que cette boule est saisie par les parois uréthrales, que le frottement est plus prononcé. Le malade se plaint aussi d'éprouver une sensation plus vive, qui disparaît aussitôt que l'extrémité de l'instrument est arrivée dans la région prostatique.

Lorsque la boule a pénétré dans la vessie, on en est averti par une sensation de liberté absolue de l'instrument, par l'absence complète d'une sensation de résistance quelconque.

En retirant l'instrument, on perçoit encore plus nettement les sensations que je viens d'indiquer au niveau de la région sphinctérienne. Le talon de l'explorateur est en effet embrassé par le sphincter uréthral et, grâce à son volume, il ne l'entr'ouvre qu'avec une certaine difficulté, variable du reste, suivant la résistance que présente ce sphincter.

Telles sont les particularités que présente l'introduction d'un explorateur volumineux dans l'urèthre normal, particularités importantes à retenir. On ne doit pas oublier, en effet, qu'il existe toujours dans l'urèthre normal un obstacle physiologique reconnu par l'explorateur et que cet obstacle correspond à la région sphinctérienne.

Le cathétérisme pratiqué dans le but d'*explorer la vessie* nécessite l'usage d'instruments métalliques coudés. Je ne reviens pas sur les précautions antiseptiques préalables, qui sont ici les mêmes qu'avant l'exploration de l'urèthre. Quant à la position que l'on donne habituellement au malade, c'est la suivante. Il est couché sur le bord droit du lit et bien à plat; la tête seule est soutenue par le traversin ou par un oreiller. Un coussin est placé sous le siège afin de le soulever. On recommande au malade de fléchir modérément les genoux, puis de les écarter en les laissant complètement retomber en dehors. Cette position est choisie non pas au point de vue du cathétérisme proprement dit, mais bien pour faciliter l'exploration vésicale.

Le chirurgien, placé à la droite du malade, pratique ordinairement le cathétérisme de la façon suivante. Il introduit l'explorateur dans l'urèthre de telle sorte que la concavité de sa courbure regarde la face interne de la cuisse droite vers sa partie moyenne. Le talon de l'instrument se trouve donc appuyé sur la paroi latérale gauche de l'urèthre et le bec sur la paroi latérale gauche. Si l'on veut, on peut donner à l'instrument une disposition inverse, qui est même plus avantageuse chez quelques sujets. L'instrument est ainsi conduit, dans l'un et l'autre cas, avec douceur et lenteur, jusque dans le cul-de-sac du bulbe, où il se trouve placé transversalement. A ce moment, l'opérateur sent qu'il est arrêté; il est ainsi averti qu'il est à la fin du premier temps du cathétérisme.

Pour exécuter le second temps, on procède de la façon suivante. On tend davantage la verge et on la place sur la ligne médiane le plus près possible de la paroi du ventre; pendant ce temps, la main droite se borne à maintenir l'instrument sans appuyer sur lui. On sent alors l'explorateur qui tourne de lui-même et il suffit à ce moment de la pression la plus légère pour déterminer sa pénétration dans la région sphinctérienne et même dans la première portion de la région prostatique. On en est averti en voyant le manche de l'explorateur s'abaisser de lui-même ou bien en constatant que cet abaissement est maintenant facile.

Si ces manœuvres échouent par suite de l'accrochement de la paroi inférieure de l'urèthre, il faut reculer quelque peu et recommencer les mêmes manœuvres.

Lorsque l'échec est dû à la résistance du sphincter uréthral, il faut attendre en pressant très légèrement; mais il ne faut jamais forcer. Si l'explorateur ne parvient pas à pénétrer dans la région sphinctérienne, on doit le retirer et anesthésier le canal avec une solution de chlorhydrate de cocaïne. Au bout de trois à cinq minutes le second temps du cathétérisme peut être facilement exécuté.

Le troisième temps est à peu près le même que pour l'introduction des sondes métalliques courbes. L'opérateur lâche complètement la verge et il applique largement sur la région pubienne sa main gauche devenue libre. Il déprime ainsi et abaisse en masse les parties molles qui recouvrent le pubis. Il abaisse également la racine de la verge jusqu'au-dessous de l'arcade pubienne. La résistance du ligament suspenseur et principalement la surcharge graisseuse que subit parfois la région sus-pubienne et péri-pubienne constituent en effet dans certains cas un obstacle sérieux à l'abaissement de l'explorateur. Mais il faut bien reconnaître que lorsque l'urèthre est normal et que la prostate a son volume physiologique, ce troisième temps du cathétérisme ne présente en général aucune difficulté; il se confond avec le deuxième temps : l'extrémité de l'explorateur arrive immédiatement dans la vessie, ce que l'on recon-

Digitized by Google

naît aisément. On constate, en effet, une sensation de liberté absolue de l'extrémité de l'instrument, à laquelle on peut faire exécuter un mouvement de rotation plus ou moins étendu.

Tel est le procédé employé aujourd'hui par un grand nombre de chirurgiens, entre autres par M. Guyon. Mais son application n'est point indispensable ; on peut également introduire les instruments métalliques coudés comme les sondes métalliques courbes.

Un mot seulement sur le *cathétérisme pratiqué dans le but d'exécuter une opération spéciale sur les voies urinaires*. Je me bornerai donc à faire remarquer que la lithotritie, la plus importante de ces opérations, nécessite l'usage d'instruments métalliques coudés et de sondes métalliques courbes, l'introduction dans la vessie s'effectue suivant les procédés que je viens de rappeler.

Pour terminer, un mot sur les moyens à employer pour fixer les sondes à demeure. Plusieurs chirurgiens emploient le procédé suivant: deux liens sont attachés par leur centre au même point de l'instrument, près du méat ; les quatre chefs qui en résultent sont symétriquement disposés autour de la verge et saisis dans les tours d'une bandelette de diachylon. Cette bandelette, large de deux centimètres environ, doit faire trois ou quatre tours ; elle ne doit pas exercer de striction.

Je préfère recourir au procédé suivant, qui m'a été indiqué par l'un de mes maîtres, M. Ch. Monod, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté. Ce procédé consiste à relier les quatre chefs dont je viens de parler à une première anse que l'on fait autour de la verge, au niveau de la base du gland. De cette anse partent deux chefs qui vont aboutir à une seconde anse que l'on place au niveau de la racine de la verge. De cette deuxième anse partent deux nouveaux chefs que l'on fixe sur la paroi abdominale, à droite et à gauche de la ligne médiane, à l'aide d'un peu de coton imbibé de collodion. On a soin également de bien maintenir les deux chefs latéraux accolés à la verge à l'aide d'une bandelette de diachylon que l'on enroule autour de cet organe sans exercer de striction. Ce procédé permet de fixer plus solidement les sondes que le premier moyen dont je viens de parler.

Dr Lavaux.

FAITS CLINIQUES

Un cas de fistule biliaire persistante avec ictère

Par M. le Dr J.-J. Peyrot
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière (1).

Joséphine B , blanchisseuse, âgée de 48 ans, entre dans mon service à l'hôpital Lariboisière, salle Elisa Roy, n° 19, le 6 mars 1890 pour une volumineuse tuméfaction de la région supérieure de l'abdomen. L'hypochondre droit, le flanc de ce même côté et l'épigastre sont fortement bombés. La palpation fait reconnaître aisément une fluctuation franche dans toute l'étendue de la voussure. La matité de la collection et celle du foie se continuent sans interruption. L'idée d'un kyste hydatique vient tout de suite à la pensée. Une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz la confirme.

La malade était du reste assez bien portante ; elle ne souffrait en aucune façon et assurait n'avoir jamais souffert du côté du foie. Cependant elle présentait au plus haut degré la teinte jaune des ictériques. Elle nous racontait que cette jaunisse était apparue depuis plus d'un an et qu'elle avait toujours persisté sans que d'ailleurs sa santé en souffrît. Cependant les selles étaient absolument décolorées et l'urine avait la teinte acajou caractérisque. Le gonflement de la région épigastrique n'était devenu appréciable que cinq ou six mois après l'apparition de l'ictère, il y avait sept mois environ.

La matité se trouvait comprise entre une ligne supérieure légèrement oblique en bas et à gauche, passant à huit centimètres au-dessus du bord des fausses côtes droites, et une autre ligne, à peu près horizontale, située à douze centimètres de ce même rebord des côtés, à deux ou trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Etant donné le volume du kyste et sa position superficielle, je pensais qu'il n'y avait pas même à discuter le mode d'intervention. Je pratiquai, le 12 mai 1890, une incision de huit centimètres le long du bord externe du muscle grand droit et j'ouvris largement la poche dont je suturai les bords à la plaie de la paroi.

Je pus extraire séance tenante l'hydatide tout entière, sans presque la rompre. Elle contenait des vésicules filles en assez petit nombre. Au moment où s'opérait la sortie de cette poche je fis remarquer aux assistants que la surface externe était colorée par de la bile et j'annonçais que nous aurions vraisemblablement à observer pendant quelque temps un écoulement plus ou moins abondant de ce liquide.

Cet écoulement s'est en effet produit tout de suite, non pas modéré comme je supposais qu'il le serait, mais très abondant ; dès le premier jour le pansement était inondé d'un liquide verdâtre qui se répandait dans le lit de la malade et obligeait à la panser plusieurs fois par 24 heures.

Aucune modification ne s'observa de ce côté pendant les premières semaines. La quantité de bile rendue ou accumulée dans la cavité fut mesurée plusieurs fois. Elle nous parut toujours varier entre 300 et 500 grammes pour une journée.

Ce qui nous surprenait un peu, c'est que malgré cet écoulement, l'ictère persistait au même degré. Les selles conservaient leur aspect primitif. L'urine était toujours très foncée ; mais, fait assez bizarre, la recherche des pigments biliaires dans ce liquide ne donnait que des résultats négatifs. Au bout d'un mois, le 13 juin, nous notons que la bile est en moindre abondance, que l'urine est moins foncée, que les matières semblent un peu colorées ; cette amélioration persiste avec quelques rechutes de peu de durée.

Le 24 août 1890, la malade, fatiguée de l'hôpital, demande à sortir. A ce moment, il ne s'écoule presque plus de bile ; le pansement peut être laissé en place pendant sept à huit jours ; mais l'ictère persiste ; les selles restent blanches, et la santé générale est en train de s'altérer. Les digestions sont lentes, pénibles ; le ventre est habituellement ballonné.

Cette situation, loin de s'améliorer, devint pire chaque jour. Dès le mois de septembre un écoulement assez abondant se reproduisit.

A partir du 1er octobre la malade doit venir se faire panser à l'hôpital tous les deux jours. Des pansements quotidiens furent nécessaires à partir du 25 octobre. Les bords de la fistule étaient boursouflés, entourés d'un bourrelet cutané large de cinq à six centimètres. On notait à ce moment que l'écoulement biliaire augmentait beaucoup deux heures environ après

(1) *Société médico-pratique*, séance du 23 février 1891.

Digitized by Google

le repas. Du reste, appétit très médiocre, amaigrissement, essoufflement facile, pouls entre 90 et 100. Toujours de l'ictère, toujours des selles décolorées. La malade a depuis quelque temps des douleurs vives dans la région du foie et dans tout le ventre.

A bout de force, elle entre à Lariboisière le 12 décembre 1890. Depuis quelques jours la fistule est complètement tarie. Mais ce changement dans l'état local ne s'accompagne d'aucune amélioration générale. L'ictère semble au contraire avoir augmenté encore. La malade est tourmentée par une diarrhée presque continue ; les matières rendues sont absolument décolorées. Nous observons dans le service des douleurs très vives revenant par crises très fréquentes, et occupant non pas seulement la région du foie, mais tout l'abdomen.

Pendant le mois de janvier 1891, une amélioration semble se produire encore ; la fistule, qui s'était rouverte, fournit un suintement sanguinolent insignifiant ; mais, en février, les douleurs reparaissent plus vives, la santé s'aggrave rapidement. Actuellement, la malade, toujours très ictérique, avec selles décolorées, avec une urine foncée, mais toujours sans pigments biliaires reconnaissables par les réactions ordinaires, se cachectise rapidement. Son ventre est très ballonné ; elle a une diarrhée presque continuelle ; l'appétit est totalement perdu. La fistule ne fournit qu'une quantité de bile assez minime.

Les observations d'écoulement biliaire après les opérations faites sur le foie ne sont pas rares ; mais ordinairement l'accident ne persiste pas longtemps, et il n'a qu'une médiocre importance. Tout récemment, j'ai eu l'occasion d'ouvrir un abcès du foie, et j'ai constaté là, au bout de quelques jours, que les tubes à drainage laissés dans l'ouverture fournissaient une certaine quantité de bile. Il a suffi de remplacer les tubes volumineux qui m'avaient paru nécessaires pendant les premiers jours par un tube de petit calibre pour voir cesser ce phénomène.

Potherat, dans sa thèse inaugurale (1), a signalé l'écoulement biliaire qui suit l'ouverture des kystes, et il a brièvement indiqué les diverses théories qui en ont été données. Pour lui, jamais cet accident n'a entraîné de conséquences graves.

Thiéry (2) a publié une observation de kyste traité par la méthode de Verneuil, dans laquelle nous voyons la malade opérée le 20 mars 1889 présenter, le 5 avril, un écoulement biliaire qui persiste jusqu'à la mort, arrivée le 20 du même mois. Thiéry est disposé à rapporter la mort à l'émaciation produite par l'écoulement biliaire ; mais nous ne saurions nous ranger à son avis. Malgré les soins qu'elle a reçus, la malade paraît avoir été victime d'une septicémie manifeste. L'écoulement biliaire n'a joué chez elle, à notre avis, qu'un rôle accessoire.

Je suis bien éloigné de dire que la perte de la bile rendue au dehors soit aussi la cause unique des accidents observés chez mon opérée. J'aurais d'autant plus mauvaise grâce à le faire que j'ai suffisamment indiqué comment, après avoir été très abondante, cette perte du liquide biliaire est devenue minime, intermittente, nulle souvent pendant un espace de temps assez long.

Pourtant la fistule n'est pas guérie, et ce fait à lui seul constitue une exception digne d'être notée.

Une autre exception remarquable, c'est la persistance absolue de l'ictère, de la décoloration des matières, etc.

Si la bile de s'écoule plus en abondance au dehors, il est certain qu'elle ne passe pas davantage dans l'intestin. Il est probable que, dès le début du kyste hydatique, la route a été coupée de ce côté.

Je me suis demandé s'il n'y avait pas chez ma malade coïncidence d'une occlusion des voies biliaires, peut-être par des calculs engagés au delà de la vésicule, dans le canal cystique, jusqu'au point de comprimer le canal cholédoque. Cette occlusion aurait favorisé la dilatation et la rupture des canaux biliaires qui rampaient à la surface du kyste. Après la déplétion résultant de l'évacuation de la poche, la bile s'est déversée en abondance dans la cavité laissée libre par cette dernière. La fistule a eu d'autant plus de tendance à persister que les voies normales d'évacuation se trouvaient coupées.

Cette idée me hante si bien que je vais sans doute me décider prochainement, en présence de la cachexie menaçante, à faire la laparotomie pour rechercher l'état de la vésicule et des voies biliaires et voir s'il ne serait pas possible de ramener la bile dans le canal intestinal. Cette observation aura donc, je pense, une suite que je me ferai un devoir de communiquer.

(1) Contribution au diagnostic et au traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie, (*Thèse de Paris*, p. 79).

(2) Des fistules biliaires consécutives à l'opération de la cure radicale des kystes hydatiques. (*Gazette médicale de Paris*, 1890, nos 45 et 46.)

FORMULAIRE DU PRATICIEN

GYNÉCOLOGIE

I. — **De l'ichthyol en gynécologie.** — Schauoner, Reitmann et French considèrent cette substance comme un résolutif puissant contre les douleurs inflammatoires des pelvi-métrites, périmétrites, périovarites, ovarites et salpingites. Cela s'explique par son rang dans le groupe des médicaments de la série aromatique.

Pour en obtenir de tels effets, il faut formuler ainsi le traitement :

1° *Localement* : Applications de tampons d'ouate imbibée de glycérine ichthyolée à 10 pour 100. De plus, onctions sur l'hypogastre avec une pommade contenant 20 à 50 pour 100 d'ichthyol.

2° *A l'intérieur* : prendre quotidiennement, sous la forme de pilules, 20 à 60 centigrammes de sulfo-ichthyolate de soude.

Dans le cas d'intolérance stomacale, prescrire l'ichthyol en suppositoires et à la dose de dix à vingt centigrammes par jour.

Il va sans dire que l'on doit panser les ulcérations du col utérin, quand elles existent, avec l'ichthyolate d'ammoniaque pur.

OBSTÉTRIQUE

II. — **Potion contre les vomissements de la grossesse.** — Proposée par Stiever, elle consiste à associer les propriétés anesthésiques de la cocaïne aux vertus nervines de l'antipyrine :

Hydrochlorate de cocaïne.....	0 gr. 10
Antipyrine	1 —
Eau distillée.....	50 —
Sirop de fleurs d'oranger	90 —

Digitized by Google

On l'administre par cuillerées à café, de demi-heure en demi-heure d'abord, d'heure en heure ensuite. Si l'intolérance gastrique est extrême, faire ingérer, après chacune des premières prises, quelques cuillerées de glace pilée.

III. — **Pommade antiseptique pour le toucher obstétrical.** — La formule suivante est conseillée par M. Porak :

Sublimé corrosif.....	0 gr. 50
Vaseline.....	200 —
Alcool, q. s. pour dissoudre le sel mercuriel	

Cette pommade est conservée dans des boîtes et, pour s'en servir, on en enlève, avec des linges, de parties poches, pour éviter tout contact suspect.

OTOLOGIE

IV. — **Du menthol comme antiseptique dans les affections de l'oreille externe.** — Cette substance, à la fois analgésique et antiseptique, s'applique avec du coton sous forme de tampons insérés dans le conduit auditif. Son emploi est indiqué d'après Szènes (de Budapesth) et Cholewa contre l'otite externe et les furoncles de l'oreille externe, comme traitement curatif et comme moyen prophylactique.

En voici la technique :

Huile d'amandes douces.....	20 gr.
Menthol.....	5 —

F. s. a. une solution ; en imbiber un tampon d'ouate hydrophile et insérer ce tampon dans le conduit auditif externe. Renouveler le tampon deux ou trois fois quotidiennement. Pansement contentif par occlusion avec l'ouate sèche.

S. R.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE. **Société de médecine de Berlin** (25 février et 1er mars 1891). I. *De l'action thérapeutique des sels de cantharidine.* — ANGLETERRE. **Société de médecine de Londres** (6 mars 1891). II. *Traitement chirurgical de l'appendicite.*

I. **De l'action thérapeutique des sels de cantharidine.** — Depuis les expériences de M. Cornil, Eliaschoff, Aufrecht, Haussmann sur la production des néphrites expérimentales par la cantharidine, on n'avait guère expérimenté cette substance. En présence des faits signalés par Koch dans l'emploi de sa lymphe, M. LIEBREICHT a eu l'idée de les injecter dans la peau des tuberculeux.

Le point de départ de ces tentatives est tout théorique. La cantharidine, s'est-il dit, provoque, du côté des capillaires, une sécrétion séreuse excessive qui, dans les empoisonnements, amène la mort par suffocation. Ainsi s'explique, dans les expériences des divers auteurs, l'absence de lésions pulmonaires, alors que l'on constatait des altérations rénales. C'est que les capillaires du poumon résistaient mieux à son action que les capillaires des glomérules du rein.

Qu'on suppose, ajoute Liebreicht, une diminution de résistance des capillaires du poumon, — il en est ainsi dans leurs processus pathologiques et on peut admettre qu'une dose de cantharidine innocente pour les vaisseaux sains agira sur ces capillaires malades, et provoquera une exsudation séreuse.

Le sérum ainsi exsudé exerce-t-il une action bactéricide ? Oui, si on admet l'opinion de Stern ; tel a été le point de départ de la médication de la tuberculose, proposée par Liebreicht.

Il a choisi les solutions alcalines de cantharidine ; cantharidate de potasse ou cantharidate de soude, obtenues en neutralisant 0,20 centigrammes de cantharidine par 0,40 centigrammes de potasse caustique ou 0,30 centigrammes de soude caustique.

On dilue avec de l'eau de façon à ce que chaque centimètre cube de la solution représente deux dixièmes de milligramme du sel actif.

La *technique* de ces injections est simple ; on les pratique sous la peau du dos ou de la région fessière. La douleur locale en est vive. C'est, paraît-il, le seul inconvénient que l'on observe.

D'après l'auteur, la dose thérapeutique est de 0,0001 à 0,0002. C'est elle dont on a fait usage dans les cliniques de Frankel, Heymann et Landgraf sur des malades en puissance d'affections tuberculeuses.

Tout en admettant l'action du sérum abondamment sécrété sur les bacilles de la tuberculose, M. Liebreicht se demande si la cantharidine ne faciliterait pas, en modifiant la perméabilité des capillaires, le passage d'autres substances bactéricides. Bref, dans ce cas, elle serait un auxiliaire des autres médications et par son emploi combiné avec elles, elle pourrait devenir la base d'une nouvelle méthode thérapeutique.

Parmi les contre-indications de cette méthode, il faut, inutile d'insister sur ce point, noter les lésions du rein. On doit donc surveiller attentivement les fonctions de cet organe et, si elles sont altérées, suspendre l'emploi du médicament.

M. HEYMANN a employé les injections de cantharidate de potasse dans onze cas de laryngite tuberculeuse, avec complications pulmonaires. Après l'administration du médicament, ces malades accusaient de la céphalalgie, du vertige, de la diarrhée et des besoins douloureux d'uriner. La dose variait de 0,0001 à 0,0004.

Après trois ou quatre injections, il y avait diminution de l'aphonie, des râles, des crachats, des sueurs nocturnes, etc. Chez un malade, une ulcération tuberculeuse de la corde vocale droite disparut après neuf injections.

M. FRANKEL a vu, chez ces cinq malades, l'infiltration laryngée, l'œdème épiglottique et les ulcérations disparaître. De plus, il estime sans l'affirmer, qu'il y a diminution du nombre des bacilles.

M. LANDGRAF a essayé ce traitement comparativement sur deux séries de malades. Dans l'une, il s'agissait de laryngites aiguës ; il ne donna point de résultats. Dans l'autre, les laryngites tuberculeuses étaient chroniques ; il se produisait de l'œdème de la muqueuse, une expectoration plus facile, de la diminution de la rougeur des cordes vocales. Quant aux guérisons, on ne saurait les affirmer.

Enfin, M. SAALFELD a observé un cas de lupus ulcéré qui a paru s'améliorer pas ces injections.

Au demeurant, la méthode, théoriquement si ingénieuse, de M. Liebreich n'a pas encore donné ses preuves. Son auteur, plus discret que M. Koch ne l'a été en annonçant sa lymphe, *urbi et orbi*, en convient, et fort judicieusement invite les physiologistes à étudier l'action des sels de cantharidine. C'est plus scientifique et plus modeste. C'est aussi plus correct au point de vue de la déontologie médicale.

II. **Traitement chirurgical de l'appendicite.** — Quelle conduite faut-il tenir dans un cas d'appendicite ? M. DYCE DICKWORTH répond à cette question que, dans la majorité des cas, le traitement médical suffit. On doit donc rarement opérer.

Quand opérera-t-on ? C'est M. PEARCE GOULD qui, à son tour essaye de déterminer ainsi les conditions d'opportunité opératoire.

Existe-t-il une appendicite à rechute ? La tendance aux suppurations est faible ; on l'observe dix à douze fois sur cent cas ; il fait attendre, pour intervenir, l'existence indéniable des signes de suppuration.

Digitized by Google

Existe-t-il une péritonite suppurée locale, circonscrite par des adhérences et avec perforation de l'appendice ? On doit inciser sur 3 à 4 centimètres, drainer la cavité péritonéale, et rarement, le plus rarement possible, enlever l'appendice. En l'excisant, on court le risque fâcheux de détruire les adhérences péritonéales.

Enfin, troisième hypothèse, il y a perforation dans la cavité péritonéale ? On opérera de suite, c'est aussi l'avis de M. Langton ; on irriguera la cavité péritonéale, et, au besoin, d'après M. Gould, on pratiquera deux incisions : l'une sur la ligne médiane, l'autre dans la ligne semi-lunaire.

Ajoutons que M. Kingston Fowler justifie ces considérations par la statistique de l'hôpital de Middlesex. Sur 85 cas de typhlite et de périty phlite traités dans cet établissement, on compte 84 guérisons, et, parmi ces dernières, deux fois seulement on intervint chirurgicalement.

Au demeurant, le traitement médical suffit dans la majorité des cas et l'urgence opératoire se réduit à ceux où il y a péritonite aiguë avec perforation appendiculaire. K. D.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 23 février 1891
Présidence de M. le Dr Descroizilles

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté, après une demande de M. le docteur Michel Dansac sur la relation qui existe entre le streptocoque et la coagulation des veines et la réponse de M. Schwartz, que le docteur Vasquez, dans sa thèse, a établi l'origine infectieuse de presque toutes les phlébites.

La correspondance comprend : le compte rendu *de la 19e session de l'Association française pour l'avancement des sciences*, tenue à Limoges en 1890 ; une étude de M. le docteur Philbert, sur le *traitement hydro-minéral du surmenage* ; un mémoire de M. Gérard-Piogey, intitulé *Réflexions sur la prétendue curabilité par la méthode de Koch.*

M. Cyr donne lecture d'une note sur « **La cure de Vichy comme élément de diagnostic** » (Voir p. 148).

M. Paul Blocq fait une communication sur « **Le vigilambulisme hystérique et la suggestion hypnotique** » (Voir p. 128).

M. Peyrot lit une observation de « **Kyste hydatique du foie, avec persistance de l'écoulement biliaire par la plaie opératoire.** » (Voir p. 170.)

M. Routier. — J'ai observé un cas analogue à celui de M. Peyrot : il s'agissait d'un homme vigoureux, âgé de trente-huit ans, qui avait un kyste volumineux avec une énorme matité ; l'existence de la fièvre faisait supposer la suppuration du kyste. J'ouvris ce kyste par une incision latérale, mais, à mon grand étonnement, je ne trouvai qu'une poche grosse comme une orange, pleine de pus et d'hydatides. J'enlevai toute la poche, et recherchai dans le fond de la cavité s'il n'existait pas une autre poche. Je trouve par une ponction une seconde cavité énorme, que j'agrandis par une incision. Cette seconde poche renfermait au moins deux litres de pus avec des hydatides. Aussitôt après l'évacuation de ces deux poches, la fièvre tombe, mais la bile s'écoule par la plaie en quantité considérable au point que le malade s'amaigrit, ses fèces étaient décolorées. Après quelque temps cependant il se met à engraisser bien que conservant son écoulement de bile et il quitte l'hôpital Huit jours plus tard, il revient me trouver avec de la fièvre, un écoulement abondant de bile, les matières décolorées et les urines contenant des pigments biliaires. Il meurt bientôt avec tous les signes de l'infection purulente. A l'autopsie, je trouvai un troisième kyste hydatique suppuré situé dans le côté gauche près de l'estomac. Ce kyste était en rapport avec les canaux d'excrétion de la bile qu'il comprimait et empêchait ainsi l'écoulement de la bile dans l'intestin.

M. Schwartz a également observé un cas de kyste ouvert par laparotomie où l'écoulement de bile dura deux ou trois mois.

Quant à l'opinion de M. Peyrot que sa malade aurait peut-être des calculs biliaires, M. Schwartz ne l'admet pas. Il penserait plutôt qu'il existe un second kyste qui comprime le canal cholédoque.

M. Potherat. — Dans presque tous les cas de kyste hydatique ouvert par un procédé quelconque, il se produit un écoulement de bile plus ou moins abondant, qui dure un temps plus ou moins long. Dans aucun cas la mort n'est survenue du fait de cet écoulement de bile et cependant un auteur allemand, Wechselmann, a cité un cas d'écoulement de bile qui atteignait 750 grammes par jour.

Reste à expliquer la pathogénie de cet écoulement. Ici les avis sont très différents. Je croirais avec un auteur allemand, Wechselmann, qu'il est dû à des dilatations ampullaires des canaux biliaires contenus dans les parois du kyste. J'ai vu de ces dilatations qui s'étaient rompues sous l'influence de la tension exagérée qui se produit dans ces dilatations après l'ouverture du kyste.

M. Peyrot — Ce qui me semble singulier chez ma malade, c'est qu'elle avait de l'ictère avant l'apparition du kyste et cet ictère persiste malgré l'écoulement de la bile par la plaie ; de plus, ma malade éprouve des douleurs analogues à des crises de colique hépatique. Depuis neuf mois que cet écoulement dure, l'affaiblissement a fait des progrès, il me paraît évident que cette malade mourra, nous aurons alors l'explication des phénomènes qu'elle a présentés.

M. Vigier présente un savon antiseptique au sulfate de cuivre qui sera plus aisé à manier que les solutions dont les sages-femmes doivent user pendant l'accouchement, pour se désinfecter les mains.

Le Secrétaire :
Dr Pennel.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 mars 1891
Présidence de M. le Dr Terrier

Hystérectomie vaginale et suppurations pelviennes. — M. Terrillon a pratiqué quatre fois l'opération recommandée par M. Segond; mais, avant d'en rendre compte, il veut d'abord exposer comment il a été amené à faire ces hystérectomies.

Depuis quelques années, il a pratiqué, à la Salpétrière, une centaine de laparotomies pour diverses salpingites, dont quarante-cinq suppurées environ. Les succès ont été nombreux, même après ruptures d'adhérences ; mais aussi il a eu quelques accidents dans deux conditions spéciales.

Deux fois il a eu des péritonites mortelles par perforation secondaire de l'intestin, à la suite de décortications laborieuses des intestins reliés entre eux et à des foyers de pyo-salpinx par des adhérences nombreuses et solides.

Deux autres fois il a eu des péritonites mortelles à la suite d'opérations incomplètes dans lesquelles il avait dû laisser dans le petit bassin des poches suppurées impossibles à enlever en totalité, à cause de ces mêmes adhérences.

Fort ennuyé de ces accidents, malgré toutes les précautions prises, il se décida à appliquer la méthode de M. Péan, après l'avoir longuement étudiée.

Le 9 février 1891, il fit sa première hystérectomie chez une femme de 41 ans, présentant une masse suppurée dans le côté

Digitized by Google

gauche du bassin, avec adhérences solides, rejet de l'utérus à droite. Une ponction pratiquée dans le cul-de-sac vaginal gauche amena 200 grammes de pus. L'utérus fut alors disséqué et enlevé en totalité. La poche ponctionnée se trouva alors largement ouverte. Tamponnement du vagin à la gaze iodoformée, pas de réaction inflammatoire, guérison.

La deuxième opération a été faite le 25 février chez une femme de 33 ans, atteinte de suppuration bilatérale des annexes, d'origine puerpérale; les accidents avaient débuté il y a deux ans. L'utérus fut extrait en totalité et la malade guérit rapidement.

La troisième opération a été pratiquée chez une femme de 28 ans, présentant les mêmes lésions : l'utérus était complètement enclavé dans le petit bassin par deux masses purulentes situées de chaque côté de cet organe. L'opération est encore trop récente pour en donner le résultat; cependant la malade est en bonne voie de guérison. Il en est de même de la dernière opération pratiquée ce matin même, dans des conditions identiques.

Ces cas sont encore trop peu nombreux et trop récents pour porter un jugement sur la méthode de M. Péan; toutefois, dit M. Terrillon, c'est une opération rationnelle, utile, lorsque l'on se trouve en présence d'une suppuration pelvienne ancienne, avec ou sans fistules et d'adhérences intestinales solides, auxquelles il est dangereux de toucher par la laparotomie. Néanmoins elle doit être considérée comme une opération exceptionnelle.

M. Pozzi estime que dans cette discussion entre l'hystérectomie et la laparotomie, la question n'a pas été posée avec assez de netteté. Il ne s'agit de traiter par l'hystérectomie les suppurations pelviennes seulement, mais encore toutes les tumeurs inflammatoires salpingiennes chroniques, dont les symptômes sont analogues à ceux du pyo-salpinx. En un mot il se demande s'il est légitime de substituer l'hystérectomie vaginale à la laparotomie dans le traitement de toutes ces affections. Le traitement direct par l'ouverture de l'abdomen est-il inférieur au traitement indirect par l'ablation de l'utérus ?

On a fait valoir trois avantages en faveur de l'hystérectomie : absence de cicatrice abdominale, gravité moindre de l'opération, efficacité plus grande.

Examinons d'abord si les malades guérissent mieux ou aussi bien par l'hystérectomie dans le pyo-salpinx et les autres tumeurs inflammatoires des annexes.

A propos des pyo-salpingites, M. Bouilly les a divisées en grandes et petites collections purulentes. M. Pozzi ne trouve pas cette division suffisante; il les distingue en collections libres non adhérentes, collections adhérentes énucléables, et enfin en poches purulentes adhérentes avec fistules et non énucléables.

Dans les deux premières catégories, l'hystérectomie est inférieure à la laparotomie plus simple, plus efficace, qui permet d'enlever le contenant et le contenu, tandis que dans le premier mode d'intervention on laisse dans le ventre une poche ou des lambeaux d'organes qui restent pour la femme une menace de nouveaux accidents inflammatoires. Dans le cas de la troisième catégorie : poches non énucléables, très adhérentes, la laparotomie est certainement plus difficile à pratiquer, on doit alors se contenter d'ouvrir ces foyers, de les désinfecter. Le succès est très possible dans ces conditions, qui d'ailleurs sont exceptionnelles ; on ne les rencontre qu'une fois sur dix, d'après les statistiques de M. Pozzi. Sur 39 laparotomies pour pyo salpinx, il a suivi trois fois cette conduite et a obtenu trois guérisons. Ainsi donc, dans ces cas, qui semblent être le triomphe de l'hystérectomie, il ne la croit pas meilleure que la laparotomie faite avec toutes les précautions antiseptiques. Une dernière considération reste en faveur de la laparotomie, c'est que le diagnostic complet de ces lésions n'est possible qu'après l'ouverture du ventre. En bonne chirurgie il faut toujours choisir les moyens les plus simples pour guérir les malades et prendre les moyens graves quand les autres auront échoué. Pour ces raisons, M. Pozzi déclare qu'il ne fera jamais d'emblée l'hystérectomie.

Dans les affections chroniques des trompes, qu'il est impossible de reconnaître avant l'ouverture de l'abdomen, tels que l'hydro-salpinx, l'hemato-salpinx, les kystes folliculaires de l'ovaire, on a proposé d'enlever l'utérus d'emblée. Pour peu que ces tumeurs soient enflammées, il est facile de les confondre avec le pyo-salpinx. Mais elles sont tellement bénignes au point de vue opératoire, qu'il faut les traiter toutes par la laparotomie, beaucoup moins grave que l'hystérectomie, et plus efficace, car elle permet d'enlever toute l'étendue des lésions.

La simplicité opératoire est en faveur de la laparotomie ; sa gravité est moindre, ainsi que le prouvent les statistiques suivantes. Sur 23 pyo-salpingites ou autres salpingites inflammatoires, M. Segond a eu par l'hysterectomie 19 guérisons et 4 décès. Sur 33 pyo-salpingites laparotomisées, M. Bouilly a eu 29 guérisons et 4 décès. M. Pozzi, sur 39 laparotomies pour pyo-salpingites, a eu 36 guérisons et 3 morts. Ces deux statistiques sont meilleures que celle de M. Segond, d'autant plus que cet auteur ne dit pas que ses opérations aient porté uniquement sur les salpingites.

La seconde partie de la statistique de M. Pozzi n'est pas moins bonne ; il a traité par la laparotomie 19 salpingites parenchymateuses, sur lesquelles il a eu 19 guérisons ; 3 hydro-salpinx, 3 guérisons ; 3 hemato-salpinx, 2 guérisons : soit donc 4 morts sur 64 laparotomies, succès qui militent en faveur de cette opération.

Quelle sera la durée de la guérison dans l'hysterectomie? Personne ne peut encore le dire. Elle est le plus souvent persistante après la laparotomie, sauf dans les cas d'ovarites kystiques ou scléreuses après lesquelles on observe parfois des douleurs chez les femmes nerveuses. Mais l'hysterectomie qui laisse en place les ovaires et les trompes ou des lambeaux de ces organes, ne saurait être plus efficace ; d'ailleurs elle n'a pas été préconisée contre ces affections. La laparotomie est une opération de contrôle qui, mettant le champ opératoire sous les yeux du chirurgien, lui permet de se rendre compte de ce qu'il fait.

L'hysterectomie suppose l'infaillibilité du diagnostic ; quand l'utérus est enlevé, il est trop tard pour reconnaître son erreur. Dans la laparotomie, il est toujours temps de refermer le ventre. L'argument, tiré de la cicatrice abdominale dans la laparotomie, est d'ordre tout à fait secondaire ; la beauté du ventre est peu importante dans une question aussi grave; d'ailleurs, avec les petites incisions, il n'y a plus lieu de redouter une éventration.

En résumé, l'hysterectomie est plus grave que la laparotomie; cette question vitale doit être mise au-dessus de toute autre considération.

Dr H. Marciguey.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 mars 1891

Présidence de M. le Dr Labbé.

Paralysie faciale. — M. Debove rapporte l'observation d'un homme de 40 ans, entré dans son service pour un mal de Bright et qui depuis dix ans était atteint d'une paralysie traumatique du facial droit. Il reçut alors un coup de pied de cheval sur le côté droit de la face, qui détermina des lésions osseuses longues à guérir, et la formation d'une cicatrice qui s'étend de la pommette à l'angle de la mâchoire. La paralysie date de

Digitized by Google

e époque, mais est incomplète. L'orbiculaire des paupières n'est pas paralysé; la joue, la narine sont affaisées du côté droit, la commissure des lèvres, déviée à gauche, est tombante du côté droit. Mais le malade ne peut parler que les yeux fermés; de même il ne peut remuer les lèvres, du côté paralysé, que quand les yeux sont fermés. Cette association des mouvements des paupières et des lèvres est un type de mouvements associés dans la paralysie faciale.

Un cas de lèpre anesthésique. — M, Thibierge présente un malade qui a été soigné dans plusieurs hôpitaux de Paris et même à Lille, sous divers diagnostics. Il s'agit d'un ancien soldat qui en 1883 prit part à la guerre du Tonkin, là il commença à éprouver de la faiblesse dans les membres, puis apparurent des atrophies musculaires, des maux plantaires perforants, à la suite desquels il fut réformé. A Lille, où il fut soigné, M. Leloir en fit un cas de lèpre anesthésique; à Paris, un médecin des hôpitaux porta le diagnostic de syringomyelie. En effet, ce malade présente la dissociation syringomyélique de la sensibilité, sans que pour cela il soit atteint de cette affection.

Actuellement, on constate une atrophie des éminences thénar et hypothénar, de certains muscles des avant-bras, du biceps. L'orbiculaire des paupières, le frontal sont paralysés, les doigts sont effilés, couverts de cicatrices de brûlures; sous les pieds existent encore des maux perforants en activité. On note de l'anesthésie à la chaleur et à la douleur sur les avant-bras, sur le dos des mains et sur les segments correspondants des membres inférieurs. M. Thibierge pense qu'il s'agit d'un cas de lèpre anesthésique pure, et base son diagnostic sur la paralysie de l'orbiculaire et du frontal, sur l'état des nerfs cubitaux, surtout à droite, manifestement atteints de névrite. En résumé il s'agit d'un cas de névrite lépreuse, sans traces de tubercules en aucun point du corps.

M. Joffroy. La dissociation de la sensibilité n'est pas un signe certain de syringomyélie; on peut l'observer dans la lèpre, l'hystérie, le tabès; elle n'a donc que peu de valeur au point de vue du diagnostic.

Troubles trophiques cutanés et hystérie. — M. Richardière présente un jeune homme ayant eu une attaque d'apoplexie hystérique dans la convalescence de laquelle on observa pendant trois semaines des bulles sur la troisième phalange de certains doigts. Ce malade présente de plus des stigmates hystériques certains : rétrécissement du champ visuel, anesthésie pharyngée, hémianesthésie, clou hystérique.

M. Duponchel présente deux malades atteints d'induration des veines périphériques; chez l'un les veines périphériques du bras et la saphène interne, chez l'autre les veines périphériques du membre supérieur sont indurées.

La société se réunit en comité secret. H. M.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 mars 1891

Présidence de M. le Dr Tarnier

M. A. Guérin lit un rapport sur un travail de M. Houzel (de Boulogne) sur le traitement du cancer du rectum.

M. Bouchardat lit les conclusions de la Commission nommée pour décider si la vente des eaux minérales devait être réservée aux pharmaciens. La Commission est d'avis que la vente des eaux minérales doit être laissée libre. Elle excepte seulement l'eau de La Bourboule, les eaux sulfureuses et les eaux purgatives. Cette décision, mise aux voix, est adoptée

M. Bouchardat lit un rapport sur les eaux minérales.

M. Dujardin-Beaumetz lit un rapport sur un travail de M. Maurel (de Toulouse) sur la mensuration de la poitrine et l'hypo-hématose.

M. Proust fait savoir qu'en 1889 il y a eu trois épidémies de choléra en Mésopotamie, en Espagne et dans la mer Rouge. Il fait observer que les établissements quarantenaires de la Turquie ont été impuissants à empêcher le développement de la maladie dans le Hedjaz. Le pèlerinage de La Mecque constitue un danger permanent pour l'Europe. Il est nécessaire de perfectionner les moyens prophylactiques. Il faut maintenir le conseil sanitaire d'Alexandrie et le rendre international et augmenter le nombre des lazarets dans la mer Rouge.

De la dépopulation de la France. — M. le Président met aux voix le paragraphe 1 de la Commission — M. Javal le trouve insuffisant. Il trouve qu'on arriverait à un meilleur résultat en réformant les lois fiscales et militaires. M. le Président fait observer qu'il s'agit uniquement de discuter la question des tours.

M. Rochard fait observer que le fond de la question est évidemment législatif: la grande cause de la diminution des naissances est la restriction volontaire. Nous devons signaler le fait à l'Etat, mais nous, médecins, nous ne pouvons conseiller que les moyens qui nous appartiennent. Contrairement à ce que pense M. Javal, diminuer de 150,000 les décès annuels est quelque chose.

M. Lagneau trouve qu'il serait bon d'insister sur la recherche de la paternité. Il désire qu'on substitue, le plus possible, les troupes indigènes aux troupes européennes dans les colonies.

M. Guéniot fait ressortir les avantages du tour sur le bureau secret proposé par la Commission. Le tour est discret; un fonctionnaire peut ne pas l'être. Un fonctionnaire se repose; le tour fonctionne tout le temps. Le fonctionnaire peut connaître, par hasard, la femme qui vient déposer un enfant. Enfin le bureau coûtera de l'argent pour être installé et fonctionner; le tour ne coûte rien.

M. Dujardin-Beaumetz demande qu'on mette en première ligne le dernier paragraphe du projet de la Commission. Cette modification, mise aux voix, est adoptée. F. R.

LES JOURNAUX DE LA SEMAINE

En reproduisant, sous cette rubrique, des extraits de la presse médicale, le **Journal des Praticiens** *a pour but de renseigner impartialement ses lecteurs. Il réserve donc formellement la liberté de ses appréciations et l'indépendance de sa critique.* N. de la R.

L'insuffisance de l'enseignement universitaire de la médecine. — On lit dans le *Poitou médical* du 11 mars courant, dans un rapport présenté par M. Chedevergne au conseil académique de Poitiers, les déclarations suivantes, qui, par la haute situation de leur auteur, sont presque un aveu officiel de l'urgence des réformes presque universellement réclamées :

« Il n'est pas contestable qu'il y a de grandes, de radicales réformes à faire dans l'enseignement de la médecine en France, qu'aucune autre question n'est aussi urgente, pas même celles qui ont trait à la défense du territoire.

» Nous venons du Congrès médical de Berlin, qu'y avons-nous trouvé? Pour 1,100 étudiants 102 professeurs enseignants, tandis qu'à Paris pour 4,000 il n'y a que 34 professeurs et autant d'agrégés devant les suppléer au besoin: il y en manque donc plus de 300 pour être à la hauteur de nos rivaux. A l'Université de Leipzig, qui ne possède que 660 élèves, il y a 44 cours de médecine, 10 de plus qu'à Paris pour six fois moins d'auditeurs.

» Mais voici qui est plus fort : à Berlin sur les 102 fonction-

Digitized by Google

naires composant le personnel enseignant, on rencontre 15 *professeurs ordinaires*, 28 *extraordinaires* et 59 *privat-docenten*, et encore je ne parle pas des *assistants* qui participent, eux aussi, à l'instruction des aspirants. Or, que sont ces *privat-docenten?* Ce sont des médecins qui ne font pas de clientèle et qui ne s'occupent absolument qu'à donner des leçons aux élèves du matin au soir. Ils sont payés par eux, ce qui n'empêche pas qu'ils ne puissent recevoir une dotation des villes où ils professent et où l'on cherche à se les attacher. Quelques-uns touchent ainsi, du fait de l'exercice de leur fonction de professeur, 40 à 50,000 francs par an.

» On parle, paraît-il, de créer dans les hôpitaux de Paris des *assistants* qui seront ou qui ne seront pas des médecins ou des chirurgiens du bureau central. Avec nos mœurs, nos idées, notre caractère, notre prétendue liberté de parole et de critique, les assistants aideront, remplaceront, et surtout gêneront ou annihileront les chefs de services, ils ne joueront jamais le rôle de privat-docenten, ils ne seront que rarement utiles à l'instruction des étudiants, c'est-à-dire à l'intérêt général. Ils seront souvent une complication. Si cependant quelques-uns s'adonnent à l'enseignement, même avec rémunération par les élèves, ils abandonneront bien vite ce métier peu lucratif en France, dès que la clientèle leur viendra, c'est-à-dire dès que l'expérience en aura fait des professeurs de mérite.

Il y a 8 ans, bien avant de connaître les *privat docenten*, répondant à des questions posées par le Ministre, je préconisais, ici même, le système des professeurs exclusivement voués à l'instruction des étudiants, et qui consacreraient leur temps à leur donner des leçons.

Je réclamais ainsi, pour chaque Ecole de médecine, seulement trois professeurs de cette espèce, l'un pour la clinique externe, un autre pour la clinique interne, le troisième pour l'anatomie et la physiologie. Je n'ai pas changé de manière de voir. Ces professeurs seraient choisis au concours ; car chez nous, quoi qu'on dise, il est de toute nécessité et il y a tout avantage à conserver le concours. Pour ne pas compliquer, on pourrait les nommer à la suite du concours d'agrégation. Quand il serait terminé, les élus auraient à opter, d'un côté, entre une place d'agrégé à Paris, avec de maigres émoluments et l'espoir d'un avenir plus ou moins brillant, et de l'autre la fonction de professeur dans une école préparatoire avec de gros appointements, payés par l'Etat, bien entendu ; car je ne pense pas qu'en France on arrive à établir sérieusement la rémunération du maître par les élèves. Ce système est longuement développé dans mon rapport académique de 1882 ; je crois qu'aujourd'hui il est notre seule planche de salut dans la lutte internationale engagée.

Je dis professeur dans une école ; mais je crois que ces fonctionnaires ne seraient pas moins bien placés dans une Faculté, il serait seulement nécessaire qu'ils y fussent plus nombreux. D'après la proportion des Universités allemandes, le chiffre normal de Paris serait de 300 en moyenne, ce qui prouve encore la nécessité de la décentralisation. Rien ne s'opposerait d'ailleurs à ce qu'ils pussent passer d'une Ecole à une autre ou à une Faculté, et reconquérir, après la province, Paris, suprême aspiration, ni à ce que les villes ajoutassent à leur traitement par l'Etat, des gratifications régulières, soit pour les attirer, soit pour les conserver.

Ces places, forcément bien rétribuées, seraient très recherchées parce qu'au début de la carrière, les hommes modestes, et ce sont ceux qui ont le plus de valeur, ne savent pas quel avenir les attend. Trousseau et Velpeau n'auraient pas hésité à les accepter, et Ricord, qui était allé s'établir, faute de ressources, à la campagne, dans la banlieue, d'où il est revenu concourir pour les hôpitaux de Paris, aurait de préférence concouru pour elles. Nélaton lui-même, qui était Parisien, aurait choisi cette position à Paris. En effet, l'année qui précéda sa nomination par le concours à la chaire de clinique chirurgicale, il gagnait 2,000 fr. par an ; il avait alors 45 ans ; en 1851, un an après, il toucha 50,000 fr., et il arriva ainsi rapidement à 500,000 fr. l'année de l'extraction de la balle de Garibaldi et ce n'est pas Garibaldi qui les lui donna sans doute.

Voilà à quoi sert la chaire de professeur à un homme de grand mérite, et même à d'autres qui en ont beaucoup moins. C'est pourquoi elle est si recherchée, si recherchée que quelques uns l'accepteraient sans appointements.

INFORMATIONS

ÉTRANGER

ALLEMAGNE. — **Statistique des malades traités par le remède de Koch.** — D'après les *Klinisches Jahrbuch*, annuaire clinique officiel, sur 1010 phtisiques dans les établissements officiels de Prusse, il y a eu : 13 guérisons apparentes, 365 améliorations, 586 états stationnaires et 46 décès.

Sur 707 tuberculoses externes, il y a eu : 385 améliorations, 208 états stationnaires, 15 guérisons apparentes et 9 décès. On le voit, les documents émanant de l'administration du ministre Von Gossler, condamnent eux aussi le fameux remède et démontrent à la fois sa faible valeur comme agent thérapeutique et comme moyen de thérapeutique. La vérité, même dissimulée, finit toujours par avoir droit.

NOUVELLES MILITAIRES

Nominations dans le corps de santé de la marine. — (Actualité). *Au grade de médecin de 2e classe.* MM. Lafaye de Michaux, Courtier, Cureau et Legendre, médecins auxiliaires.

NÉCROLOGIE

En France. MM. les docteurs Jardin (de Paris), Flavard (de Marseille), Savourne (d'Angles-sur-Langlin), Beliard (d'Ancenis), Simon (de Lunéville) et Barbrou (de Rochefort).

En Autriche. M. le docteur E. Jendrassik, professeur de physiologie à la Faculté de Buda-Pesth.

En Italie. MM. les docteurs Fasce, professeur de pathologie à la Faculté de Palerme et de Meis, professeur à l'école de médecine de Florence.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

THÉRAPEUTIQUE ET MATIÈRE MÉDICALE

BARR (J.). — Traitement des meningites (*The thérap. Gaz*, 16 février 1891, p. 80).

COCH'RAN. — Phenate de camphre (*The Thérap. Gaz.*, 16 février 1891, p. 93).

HARE. — Des bains froids dans la fièvre typhoïde (*The Practitioner*, mars 1891).

HARRISON METTLER. — Etude clinique sur la cascara sagrada (*The New-York méd. journal*, 21 février 1891)

HINZ. — De l'arseniate de cuivre dans le traitement de la diarrhée (*The Thérap. Gaz*, 16 février 1891, p. 97).

Le Directeur-gérant : HENRI HUCHARD.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEDER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE N° 12 25 MARS 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, DEMELIN, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Bichat. — M. le Dr Henri HUCHARD

Modes de début extra-pulmonaires de la phthisie (1)

Il n'y a pas de question plus clinique et plus intéressante que celle des modes de début de la tuberculose pulmonaire. Je vais vous le démontrer.

I. — La tuberculose pulmonaire a souvent un début *pleurétique*, et la pleurésie n'est pas toujours, comme on l'a cru trop longtemps, insidieuse dans son début et dans ses allures.

a) Un individu se refroidit; il est pris de frissons, de toux, de gêne respiratoire, et vous constatez les signes d'un épanchement pleural. Vous dites : c'est une pleurésie franche *a frigore*. Vous faites ou non une ponction, le malade guérit, et vous vous endormez dans une fausse sécurité. Or, sachez-le, cette pleurésie n'est souvent qu'un avertissement dont vous ne devez pas méconnaître la portée. Ce malade peut devenir phtisique un an, deux ans et même vingt-quatre ans plus tard.

Le début de la phthisie par un épanchement pleurétique avait déjà été signalé dès 1850 par Pidoux, qui avait dit que cet épanchement pleural sans hémoptysie « annonce l'existence de tubercules miliaires disséminés dont quelques-uns, situés à la surface du poumon ou sous la plèvre, y ont excité l'hydrothorax avec des accidents inflammatoires variables, mais généralement assez obscurs. » Ce début pleurétique a été encore mis en lumière par Netter qui, dans sa thèse inaugurale de 1883, a cité des cas de tuberculose se développant trois ou quatre ans plus tard. Or, sachez-le bien, le froid n'a été que la cause occasionnelle d'une pleurésie dont la tuberculose encore latente était la cause prédisposante, et en croyant toujours que cette pleurésie *a frigore* est une maladie locale, vous commettriez une erreur semblable à celle qui consisterait à assimiler à des arthrites *a frigore*, des fluxions rhumatismales des articulations. En disant, sous une forme paradoxale, que « la pleurésie n'est pas une maladie de la plèvre, » Lasègue a voulu simplement prouver qu'elle est souvent la manifestation locale d'un état général. Aussi, Landouzy, qui a dit exagérément que 98 0/0 des pleurésies sont tuberculeuses, a-t-il pu s'exprimer en ces termes :

« Tout individu qui ne peut fournir pour raison de son épanchement ni une infection (scarlatine, puerpéralité, etc.), ni une dyscrasie (rhumatisme), ni un traumatisme (fracture de côte, infarctus pulmonaire), cet individu est un tuberculeux, fût-il jeune, gros et gras, se déclarât-il bien portant et indemne d'antécédents phymateux, héréditaires ou personnels. »

Le début brusque et franc d'une pleurésie sous l'influence du froid, sa guérison même rapide, l'absence de phénomènes pulmonaires ou autres pendant un temps plus ou moins long, ne doivent pas modifier vos craintes pour l'avenir. Tout pleurétique ancien doit être tenu pour suspect de tuberculose, même lorsqu'il est guéri complètement de sa pleurésie. Car il faut vous rappeler que la tuberculose des séreuses est, de toutes, la plus susceptible de guérison.

J'ai vu, il y a quelques années, une jeune femme atteinte d'une pneumonie qui ne se résolvait pas, elle avait toujours beaucoup de râles dans la poitrine, et on entendait ce « bruit de friture » si caractéristique, indiqué par Pidoux comme caractérisant un poumon en voie de désintégration. En fouillant les antécédents, je sus qu'elle était sujette à des accès de fièvre qui, venant sans motif, duraient quelques jours, et qu'elle avait eu, il a sept ans, une pleurésie du même côté que la lésion pulmonaire actuelle. Fort de ces renseignements, j'affirmai au médecin traitant que cette femme avait une pneumonie tuberculeuse, et qu'elle en mourrait, à n'en pas douter. Elle succomba, en effet, un mois après.

Ce qui fait la difficulté du diagnostic, c'est que nous avons vécu sur cette idée qu'une pleurésie tuberculeuse, qu'une maladie tuberculeuse quelconque ne peut guérir. C'est là une erreur. Les tuberculoses locales guérissent, et surtout celles des séreuses. Or, la pleurésie tuberculeuse peut rester locale et évoluer à l'état latent pendant plusieurs années. Si donc, vous voyez survenir chez un malade une pleurésie simple *a frigore* ayez toujours des craintes pour l'avenir.

Vous le voyez donc, la pleurésie des tuberculeux n'est pas toujours insidieuse, sans réaction, comme on l'a cru trop longtemps; elle peut être franche dans ses allures, se manifester par un début subit, par un point de côté violent, par des frissons répétés, etc.

b) Mais il est une forme que j'ai souvent constatée et que je ne trouve pas suffisamment indiquée dans les auteurs. La pleurésie survient d'une façon brusque, elle se résorbe rapidement, mais il reste pendant un long temps un léger épanchement qui se manifeste par les signes habituels et qui se complique souvent d'inflammation du tissu pulmonaire. C'est celle-ci que Brouardel a autrefois étudiée sous le nom de pneumonie interstitielle succédant à l'inflammation de la plèvre. D'une façon géné-

(1) Suite : voir n° 11, p. 161.

Digitized by Google

rale, défiez-vous de ces pleurésies qui guérissent incomplètement et qui s'accompagnent à la longue d'une phlegmasie située même à la base du poumon.

c) Grancher a beaucoup insisté sur la forme *pleuro-pulmonaire*, dont je vais vous dire quelques mots. Une tuberculose a un début pleurétique ; une partie du poumon, comprimée par l'épanchement, devient imperméable à l'air ; le sommet qui reste libre, supplée alors à l'insuffisance des parties inférieures, et l'on obtient alors, à ce niveau, une augmentation de la tonalité, de la respiration et des vibrations, ce qui s'exprime de la façon suivante :

Son + Vibrat. + Respirat. +

Ce schème indique un poumon sain.

Mais le poumon peut être congestionné en arrière de l'épanchement. On croyait autrefois ces cas inaccessibles au diagnostic. Grancher a démontré que cet état pouvait être reconnu avec facilité. Si le sommet est congestionné, les résultats ne sont plus les mêmes que précédemment, et on obtient alors le schème suivant :

Son + Vibrat. + Respirat. —

On a affaire, dans ce cas, à un épanchement d'origine tuberculeuse.

II. — Une deuxième forme, ou *forme broncho-pneumonique*, s'observe surtout chez les enfants. Je tiens à vous en parler dès aujourd'hui, quoiqu'elle ne rentre pas dans la catégorie des débuts extra-pulmonaires de la maladie.

a) Presque jamais la broncho-pneumonie infantile ne guérit, tandis que la pneumonie lobaire, au contraire, est essentiellement curable et le plus souvent bénigne, comme j'en ai cité, il y a quelques années, un cas très intéressant dans la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*. C'est que cette dernière est une maladie franche et simple dans ses manifestations, tandis que la première est le plus souvent tuberculeuse.

« Toute broncho-pneumonie qui ne fait pas sa preuve, dit Landouzy, c'est-à-dire qui n'est pas sous la dépendance d'un corps étranger des voies aériennes, d'une rougeole, d'une diphtérie, etc., n'est que monnaie de tuberculose. » Il cite des enfants, seulement âgés de six semaines ou de trois mois, qui ont des broncho-pneumonies relevant manifestement du bacille de Koch. Et même, la broncho-pneumonie *a frigore*, comme tout à l'heure la pleurésie, n'est qu'une manière d'être de la tuberculose. Pourquoi sa nature a-t-elle été si longtemps méconnue ? C'est qu'à l'autopsie, ainsi que l'ont montré Landouzy (*Revue de médecine*, 1887) et son élève Queyrat (Thèse de Paris, 1887), il est difficile de trouver des tubercules. C'est une tuberculose *microscopique*, dont la nature même ne peut souvent être décelée que par des inoculations ou par la bactériologie. En présence d'un enfant atteint de broncho-pneumonie primitive en apparence, vous devrez donc penser à une tuberculose pulmonaire prenant le masque d'une broncho-pneumonie.

b) La tuberculose des jeunes enfants avant l'âge de deux ans est donc très fréquente, elle peut se manifester sous des formes anormales, et il y a aussi certaines athrepsies qui n'ont pas d'autre origine. Il en est de même de la méningite tuberculeuse qui, à cette époque de l'existence, ressemble à celle de l'adulte, parce qu'elle se traduit seulement par quelques symptômes et qu'elle ne reproduit pas fidèlement le tableau de la méningite tuberculeuse d'un âge plus avancé. Je me rappelle, à ce sujet, un bébé d'un an atteint, disait-on, d' « une faiblesse congénitale », qui présenta, peu après sa naissance, les principaux symptômes de l'athrepsie, puis des accidents cérébraux caractérisés par des convulsions fréquentes et qui finit par succomber à une broncho-pneumonie. Je trouvai à l'autopsie quelques rares granulations microscopiques disséminées à la surface des méninges. Or, ce petit malade n'avait pas fait trois maladies successives, et les troubles intestinaux, les accidents cérébraux ainsi que les symptômes pulmonaires relevaient de la même maladie tuberculeuse en évolution.

III. — Une troisième variété est la forme *pleuro-péritonéale*.

Nous en possédons en ce moment un exemple dans la personne d'un jeune homme d'une vingtaine d'années, arrivé il y a quelques jours dans le service avec des vomissements bilieux, une langue saburrale et un peu de fièvre. Il n'en fallait pas davantage pour conduire au diagnostic d'embarras gastrique qui n'est souvent qu'un embarras de diagnostic. Quand je le vis, je lui trouvai la figure amaigrie, le ventre tendu, les hypocondres douloureux et je soupçonnai une tuberculose péritonéale. Immédiatement, pour me confirmer dans mon opinion, j'eus recours à cette fameuse loi de Godelier, qui est si peu connue, et que j'ai rappelée, il y a vingt ans, dans la thèse de Pétrasu (1) :

« *Quand il y a des tubercules dans le péritoine, il y en a aussi dans une ou dans les deux plèvres.* »

Cette loi, je l'ai modifiée en lui donnant plus d'extension, et je la formule ainsi :

« *Quand, en dehors de maladies du cœur ou des reins, on constate un épanchement abdomino-pleural, ou des signes de péritonite et de pleurésie, il s'agit le plus souvent de tuberculose.* »

J'ai donc exploré la plèvre de notre malade et j'ai trouvé à la base de l'aisselle droite une matité complète avec quelques râles-frottements. Il y avait donc de la pleurite sèche. Nous nous trouvions en présence d'un individu arrivé avec des symptômes d'embarras gastrique et qui était atteint de tuberculose à forme pleuro-péritonéale. Il avait parfois une fièvre légère qui disparaissait pour revenir ensuite et qui correspondait à des poussées tuberculeuses, cause des irrégularités de la température.

Cette forme de tuberculose peut guérir ; elle subit facilement la transformation fibreuse, qui est un des modes de guérison du tubercule. Elle est donc curable, et cette guérison apparente ne vous permet pas d'infirmer votre premier diagnostic. Rappelez-vous donc la signification clinique de ce *syndrôme pleuro-péritonéal*, comme je le rappelle ; rappelez-vous cette loi de Godelier et celle que je vous ai formulée ; elles vous aide-

(1) Petrasu. *Formes cliniques de la tuberculose péritonéale* (Thèse de Paris 1871).

Digitized by Google

ront bien des fois à faire un diagnostic hâtif et exact d'une tuberculose souvent méconnue. Ces deux lois ont une grande importance au point de vue clinique, car je ne les ai presque jamais trouvées en défaut.

Mais, si la tuberculose péritonéale s'associe le plus souvent à la tuberculose pleurale, celle-ci, par contre, n'est pas fatalement suivie de tuberculose de la séreuse abdominale sans qu'on sache encore pourquoi. La tuberculose se propage par la voie lympathique, plus facilement du péritoine à la plèvre que de la plèvre au péritoine, et la thérapeutique confirme cette loi clinique, puisque dans la tuberculose pleuro-péritonéale, l'évacuation du liquide ascitique par une ponction est souvent suivie de la disparition rapide du liquide pleural. J'insiste sur ce fait qui n'a pas été encore signalé.

IV. — A côté des formes précédentes, je placerai la forme *cardiaque* ou *tachycardique*.

Il y a 7 ou 8 ans, un malade, âgé de 18 ans, vint me consulter pour des palpitations qui ne cédaient à rien, et je dois ajouter qu'il avait beaucoup grandi en peu de temps. Le diagnostic d'hypertrophie cardiaque de croissance s'imposait. C'est celui que je fis d'abord et qui fut fait également par un de mes collègues des hôpitaux. Je revis ce jeune homme un peu plus tard; il avait de la fièvre le soir; mais à l'auscultation, on ne trouvait rien dans les poumons. Enfin, comme il s'amaigrissait de jour en jour, je me rappelai que souvent la tuberculose se manifeste à ses débuts sous forme d'adénopathie trachéo-bronchique. Je rattachai donc la tachycardie à la compression du pneumogastrique par des ganglions bronchiques tuberculeux. Gueneau de Mussy confirma mon diagnostic et mes craintes : un an après, ce jeune homme mourut phtisique.

Un second exemple nous est fourni par une femme qui vient à notre consultation du jeudi, et qui m'a été adressée pour une affection cardiaque : elle est affectée d'une tachycardie symptomatique d'une tuberculose au début.

Ces faits sont plus fréquents qu'on le croit. Lereboullet et Baréty ont, du reste, montré que l'adénopathie trachéo-bronchique peut précéder, pendant un temps plus ou moins long, l'apparition des signes de la tuberculose dans les poumons; et, tout dernièrement, M. Jouanneau, dans sa thèse de 1889, a insisté sur la tachycardie dans la tuberculose pulmonaire.

V. — Legroux a étudié la *micro-polyadénopathie* envisagée comme un indice précoce de la tuberculose viscérale chez les enfants. Elle est représentée par de petits ganglions, ronds ou ovales, plus ou moins fermes, roulant sous les doigts comme des pois ou des grains de plomb. On les rencontre au cou, dans l'aisselle ou à l'aine. Parfois, ils s'abcèdent; plus souvent, ils persistent indéfiniment. C'est de l'adéno-tuberculose. Nous l'appellerons : forme *ganglionnaire*.

a) Cette forme vient d'être encore étudiée par Michel Mirinescu (*Revue des maladies de l'enfance*, mars 1891). Au point de vue macroscopique, ce médecin classe en quatre groupes les adénites de la tuberculose :

Adénites qui, à l'œil nu, ne présentent pas de lésions tuberculeuses;

Adénites du volume d'un petit pois ou d'une noisette, molles, rouges, offrant des lésions évidentes de tuberculose;

Adénites grosses comme une noix, franchement caséeuses;

Adénites scléreuses, grosses comme un grain de millet ou de chenevis, et offrant un petit foyer caséeux visible à l'œil nu.

b) Il faut distinguer les adénopathies de Legroux des *adénopathies de l'aisselle* signalées par Grancher et par Sanchez Toledo (thèse de 1887), se montrant du côté atteint de tuberculose et survenant du reste lorsque la maladie est confirmée. A ce sujet, Grancher s'exprime ainsi : « Toutes les fois que vous vous trouverez en présence d'un phtisique, ne négligez pas d'explorer l'aisselle; toutes les fois que vous vous trouverez en présence d'une tumeur de l'aisselle, ne négligez pas d'ausculter le poumon. »

c) Mais, n'oubliez pas non plus — ajouterai-je — que la syphilis héréditaire produit aussi des altérations du système lymphatique ganglionnaire, altérations liées à l'état constitutionnel du sujet et nullement aux lésions cutanées et viscérales, comme E. Doyen (de Reims) l'a démontré dans un mémoire intéressant (*Archives de Médecine*, 1883).

d) Enfin, on rencontre quelquefois des enfants, atteints d'amygdalites fréquentes, qui ne sont autre chose qu'une tuberculose commençante. Daremberg a parlé de ces *amygdalites tuberculeuses à répétition*. Il ne faut pas oublier, à ce sujet, que l'isthme du gosier est la porte d'entrée de tous les microbes.

VI. — La *forme gastrique*, sur laquelle a insisté Bourdon (1852), est une tuberculose qui se traduit d'abord par des phénomènes gastriques, de même que vous avez vu une des formes précédentes se révéler par des phénomènes cardiaques. Elles se rattachent du reste, toutes les deux, à des compressions nerveuses par les ganglions bronchiques hypertrophiés et indurés, et non pas à la tuberculose de l'estomac lequel reste indemne.

a) On constate alors des troubles dyspepsiques qui font croire à une affection de l'estomac et qui précèdent de plusieurs mois la tuberculose pulmonaire. Vous savez, du reste, combien les vomissements sont fréquents chez les phtisiques après les quintes de toux, d'où le nom de « toux émétisante » que lui avait donné Pidoux. Je vous rappelle, à ce propos, qu'il y a deux maladies dans lesquelles la toux provoque les vomissements : ce sont la coqueluche et la tuberculose.

b) D'un autre côté, la tuberculose du tube digestif peut précéder celle du poumon, et c'est ainsi que des typhlites à *répétition* s'observent assez souvent chez des individus qui seront atteints plus tard de phtisie pulmonaire. Ces typhlites récidivantes ont donc la même signification pronostique que les fistules anales.

c) Enfin, dans certains cas, comme j'en ai vu deux exemples remarquables, c'est une *cystite tuberculeuse*

Digitized by Google

qui ouvre la scène, cystite remarquable par ses douleurs violentes et rebelles à tout traitement. Défiez-vous de ces cystites qui, dans le jeune âge, « n'ont pas fait leurs preuves au point de vue étiologique. »

VII. — *a*) Je n'insisterai pas sur la forme *pseudo-chlorotique*, dont je vous ai déjà parlé. Je ne vous dirai rien de l'amaigrissement rapide qui s'observe alors, ni des températures locales dont je vous entretiendrai plus tard.

b) Je m'appuierai davantage sur la névralgie des espaces intercostaux supérieurs. Elle est due à une névrite, symptomatique d'une pleurite du sommet, laquelle est elle-même symptomatique d'une tuberculose à ses débuts. C'est elle qui constitue le *clou phymique*. Au contraire, la névralgie des espaces intercostaux moyens et inférieurs du côté gauche est un des signes de la chlorose vraie. Rappelez-vous donc ces deux lois cliniques sur lesquelles j'insiste souvent :

« La névralgie des espaces intercostaux *supérieurs* avec points douloureux à la pression, au niveau des régions sus-épineuse et sous claviculaire, signifie le plus souvent tuberculose. La névralgie des espaces intercostaux *moyens* et *inférieurs*, surtout à gauche, signifie souvent chloro-anémie ou état nerveux. »

VIII. — La forme *fébrile* est caractérisée par la fièvre dite primitive ou infectieuse.

J'ai vu avec mon interne, le Dr Weber, une jeune fille de 14 ans, d'apparence chlorotique, atteinte de fièvre depuis quelques jours. Sa mère qualifiait cet état fébrile du nom de « fièvre de neuf jours » ; elle avait déjà eu un accès analogue à Dieppe, quelque temps auparavant. Il y avait des antécédents tuberculeux dans la famille, et je pensai à l'existance d'une fièvre tuberculeuse primitive.

Qu'est-ce donc que cette fièvre tuberculeuse ?

Est-ce une fièvre granulique, liée à la tuberculose miliaire aiguë ? Nullement. Landouzy, qui a beaucoup insisté sur les caractères de cette fièvre, rapporte des exemples d'individus fébricitants à un haut degré et à l'autopsie desquels on ne trouve que deux à trois petits tubercules au sommet des poumons. Il relate entre autres le fait d'une femme entrée dans son service avec du subdelirium, une langue sèche, du ballonnement du ventre, une fièvre vive, tous les symptômes d'une dothienentérie, moins les taches rosées. Le diagnostic était en suspens. Un jour survint une paralysie faciale gauche et la malade mourut. A l'autopsie on trouva trois granulations sur la sylvienne du côté droit, compromettant la circulation du noyau facial, trois granulations dans le poumon gauche, et ce fut tout.

La malade dont je vous ai parlé tout à l'heure avait, de même, une fièvre tuberculeuse infectieuse ; deux mois après, elle était atteinte de pleurésie du côté gauche, et un an plus tard elle mourait de méningite tuberculeuse.

Cette fièvre tuberculeuse infectieuse peut être prise pour un embarras gastrique et surtout pour une fièvre typhoïde. On voit certaines fièvres typhoïdes favoriser la tuberculose, disait Gueneau de Mussy. C'est là une erreur, et cette prétendue dothiénenterie n'est qu'une fièvre tuberculeuse infectieuse. Il faut de même se défier des récidives de la fièvre typhoïde, qui ne sont souvent que des tuberculoses infectieuses fébriles.

Cette fièvre tuberculeuse a des caractères particuliers : elle débute brusquement, arrive dès le deuxième jour à 40°, la défervescence est également soudaine au bout de 4 ou 5 jours. Elle donne lieu à un tracé à oscillations irrégulières, séparées par un grand plateau ; enfin elle cède assez bien à l'antipyrine. Cette fièvre guérit ordinairement, mais la guérison n'est pas une preuve qu'il ne s'agit pas de tuberculose ; du reste, elle revient ensuite.

Regardez donc comme suspectes ces fièvres qui surviennent parfois chez des individus prédisposés au milieu d'une santé parfaite en apparence, défiez-vous de ces « fièvres typhoïdes récidivantes », comme on les appelle, et qui n'ont pas fait leur preuve. Dans ces cas douteux, portez votre attention sur les sommets des poumons, sur l'état général des malades, et vous pourrez ainsi dépister une tuberculose latente ou larvée, qui se manifeste seulement sous la forme d'une fièvre pseudo-dothiénentérique. Défiez-vous aussi de la fièvre dite *de croissance* des jeunes sujets ; elle est parfois l'expression d'une bacillose commençante.

IX. — La tuberculose pulmonaire peut encore revêtir à ses débuts la forme *méningée*.

a) M. Sarda (de Montpellier) a cité des cas de méningite tuberculeuse chez l'adulte, qui ressemblent fort peu à la description classique de la maladie chez l'enfant, comme la thèse de Chantemesse l'a démontré. Chez l'adulte, l'invasion peut être brusque et se révéler par du délire ressemblant à du *delirium tremens*, ou par un symptôme cérébral isolé, tel que de l'aphasie ou des accès épileptiformes. C'est ainsi que j'ai vu survenir brusquement une monoplégie du membre inférieur gauche chez un jeune homme qui présenta, un mois plus tard, les symptômes d'une méningite tuberculeuse et qui, deux mois après, succomba à la phtisie aiguë. Chez l'adulte et dans l'âge mûr, les méningites peuvent subir un temps d'arrêt ou même guérir en subissant la transformation fibreuse, et c'est ainsi que certains accidents cérébraux, dont l'interprétation est souvent méconnue, peuvent précéder pendant plusieurs années l'évolution normale de la tuberculose pulmonaire.

b) Vous pourrez encore, pour cette maladie, noter parfois chez l'adulte des débuts cérébraux *précoces*, et Daremberg, qui les a étudiés (*Arch. de méd.*, 1883), a établi à leur sujet les conclusions suivantes :

« Lorsque, chez un adulte, on assistera à un changement de caractère, consistant spécialement en une insouciance générale et une incapacité notable au travail, sans cause connue, il faudra se méfier de la possibilité dans l'avenir d'une tuberculose grave, surtout lorsqu'il existera des antécédents héréditaires, et en outre, aussitôt après l'apparition des signes nets de tuberculisa-

Digitized by Google

tion, on pourra prévoir la terminaison fatale de la maladie par des accidents méningo-encéphaliques. »

Chez une jeune femme, par exemple, on observe de profondes modifications de caractère : paresse intellectuelle, insouciance absolue aux plaisirs, aux joies de la famille. « Son esprit, très enjoué et très mordant, devient incolore et banal » ; indifférente à tout, elle ne se préoccupe pas d'une diarrhée continuelle qui survient et l'empêche d'aller dans le monde. Quelques mois plus tard, on constate les symptômes d'une tuberculose pulmonaire commençante, et elle finit par succomber à des accidents méningitiques.

Voici un autre malade cité par le même auteur : professeur brillant et disert, ce malade devint inquiet, morose, taciturne, inapte au travail et fatigué au moindre effort ; son élocution devenait difficile, et ses auditeurs éprouvaient une véritable peine à écouter les mots péniblement arrachés de ses lèvres d'où coulait autrefois un langage simple, élégant et facile. Un an après, on reconnut les signes d'une tuberculose pulmonaire, et il finit par succomber à des accidents cérébraux.

Ces modifications de caractère, comme symptôme prémonitoire et prodromique de la méningite tuberculeuse de l'enfant, sont bien connues ; chez l'adulte, elles peuvent précéder l'apparition de la phtisie pulmonaire pendant un temps plus ou moins long. Aussi, je ne saurais trop vous mettre en défiance, lorsque chez des prédisposés, vous observez des troubles cérébraux caractérisés par de la paresse intellectuelle, une apathie générale, une véritable horreur du mouvement, une insouciance absolue et une grande aversion pour le travail. Alors, vous avez le devoir de tenir votre malade en observation et de l'ausculter souvent pour découvrir de bonne heure, du côté du poumon, les premiers signes d'une tuberculose au début.

Cette tuberculose commençante vous sera ensuite confirmée par l'examen des symptômes locaux *précoces* que nous étudierons dans une prochaine leçon.

REVUE PROFESSIONNELLE

La loi sur l'exercice de la médecine devant la Chambre des députés

En ce moment, il y a, dans le corps médical, un confrère heureux entre tous : c'est M. Chevandier (de la Drôme).

Il vient de remporter, au Palais-Bourbon, un de ces succès parlementaires que, d'habitude, les médecins-députés n'obtiennent guère, quand il s'agit des choses de la médecine. Sa patiente obstination a triomphé de tous les obstacles et de l'indifférence. C'est beaucoup : M. Chevandier, on l'en admire, est un persévérant. Les années et les ajournements ne le fatiguent point. C'est une vertu : inutile qu'on se le dise, on le sait bien. Pour une fois, donc, réjouissons-nous ; Hippocrate et M. Chevandier en soient loués, la vertu est récompensée. C'est l'heure de dire, en corrigeant Horace : *Tenacem fortuna juvat.*

Mais soyons équitables. Le projet que la Chambre vient d'adopter n'est pas l'œuvre d'un seul. Il réunit, en les condensant, dans une harmonie plus ou moins heureuse, les propositions les plus diverses : celles du gouvernement et de M. Lockroy ; celles de MM. Chevandier, David et autres. Il ne faut donc pas demander à cette loi future, si le Sénat vient à la voter, une originalité parfaite. Sur quelques points, elle reflète l'opinion de la majorité des médecins ; sur d'autres, elle témoigne des concessions faites aux parties adverses. On a été obligé, pour aboutir, de faire de l'eclectisme parlementaire, et la Commission a essayé, intention toujours louable, de contenter tout le monde et même son père.

Envisagé dans son ensemble, ce projet de loi consacre des réformes : l'unité du titre professionnel ; la réglementation de la dentisterie ; le droit pour les médecins de bénéficier de la loi sur les syndicats, etc. Par contre, elle impose, en principe, au médecin l'obligation d'obéir à toutes les réquisitions judiciaires, et celle, plus grave, car elle sera une atteinte aux principes du droit et au secret professionnel, de dénoncer à l'autorité les maladies épidémiques et contagieuses.

Essayons d'établir une balance des gains et des pertes que le corps médical français doit faire par l'adoption définitive de cette loi.

I. **Exercice de la médecine.** — Il fait l'objet des articles I à IV.

Art. I. — Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine délivré par le gouvernement français à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat.

Libellé sous cette forme, cet article préjuge une question dont l'importance ne saurait être méconnue par ceux qui ont à cœur l'avenir scientifique du pays et la réforme sérieuse de l'enseignement médical. Je veux parler de l'institution des jurys d'Etat et de la séparation du corps enseignant et du corps examinant. En déclarant que les examens seraient subis « devant un établissement de l'Etat », on a voulu donner satisfaction aux partisans du monopole universitaire. Rien de plus, rien de moins ; mais il faudra revenir à une législation plus équitable quand on voudra sérieusement favoriser l'émulation scientifique et respecter la liberté de l'enseignement supérieur. Espérons qu'au Sénat il se trouvera des orateurs pour rappeler ce que les députés ont omis de dire.

L'un d'eux, M. A. Rey, a proposé la création d'un *doctorat ès sciences médicales*, titre universitaire indépendant du diplôme professionnel, auquel on conserverait le nom de doctorat en médecine. C'était, sous une forme un peu différente, reprendre un projet que Bert a formulé l'un des premiers.

Le Ministre de l'Instruction publique s'est engagé à soumettre cette question aux Facultés. C'est une promesse. Reste à savoir quelle réponse les Facultés y donneront? Hélas! elle ne paraît pas douteuse quand on se rappelle la réponse que naguère les Facultés donnèrent.

Voyez-vous, Monsieur le Ministre, il ne faut pas demander aux fonctionnaires de l'Université cet excès de vertu qui consisterait à se réformer eux-mêmes!

Digitized by Google

Ici se placent des déclarations ministérielles promettant l'organisation prochaine du baccalauréat (ès sciences naturelles) et assurant aux étudiants, avant le début de leurs études médicales, une préparation scientifique plus forte. Ils recevront cette préparation dans les Facultés des sciences et, dans les villes où ces dernières n'existent pas, dans des cours spéciaux.

Cette réforme sera sans nul doute accueillie favorablement par tout le monde, sauf, cela s'explique, par les professeurs des sciences accessoires dans nos Facultés et nos Ecoles secondaires. De plus, autre promesse ministérielle: ces écoles obtiendront « le plein exercice »; pourront pendant plus longtemps, on l'espère du moins, retenir leurs élèves, trop disposés à émigrer vers les Facultés, et recevront la visite de « jurys ambulants » qui y viendront faire passer les examens.

On espère, paraît-il, que ces mesures procureront aux Ecoles secondaires — « des avantages certains » et leur permettront « d'accroître ou de maintenir leur clientèle. » — C'est possible; nous le souhaitons volontiers, mais en attendant ces lointains résultats, il me semble que ces promesses avaient pour but immédiat et ont pour résultat acquis, celui de faire adopter le projet et de vaincre les scrupules locaux des députés qui représentent des départements ou des villes pourvus d'Ecoles secondaires.

Remarquons, enfin, que la promesse ministérielle aura pour effet de faire de toutes nos Ecoles « de petites facultés »; en les élevant au plein exercice, on leur accorderait donc ce que la plupart d'entre elles ne demandent pas; mais on ne leur assure point la liberté et l'autonomie; ce que toutes accepteraient je pense, plus volontiers. Il faut redouter les présents d'Artaxercès: on le dit, nos Ecoles préparatoires ne tarderont pas, je le crains bien, à s'en apercevoir.

II. **Suppression de l'officiat de santé.** — Revenons au projet de loi. L'unité du titre professionnel étant adoptée, il fallait, c'était justice, assurer par des mesures transitoires, la situation des officiers de santé actuellement établis ou en cours d'études, et, au besoin, favoriser leur accession au doctorat: c'est l'objet des articles II à IV.

« Art. II. — Toutefois, les officiers de santé reçus antérieurement à la présente loi, et ceux reçus dans les conditions déterminées par l'article I ci-après, auront le droit d'exercer la médecine sur tout le territoire de la République.

Ils resteront soumis à l'obligation de se faire assister par un docteur en médecine, hormis le cas d'urgence, dans les grandes opérations chirurgicales et obstétricales.

Un règlement d'administration publique en dressera la liste.

Art. III. — Un règlement délibéré en conseil supérieur de l'instruction publique déterminera les conditions dans lesquelles un officier de santé pourra obtenir le grade de docteur en médecine.

Art. IV. — Les élèves qui, au moment de la promulgation de la présente loi, auront pris leur première inscription pour l'officiat de santé pourront continuer leurs études médicales suivant les règles précédemment en vigueur, et obtenir le diplôme d'officier de santé.

Un règlement, délibéré par le Conseil de l'instruction publique, déterminera donc les conditions sous lesquelles un officier de santé pourra obtenir le diplôme de docteur en médecine. Parmi ces conditions, il en est deux sur lesquelles le gouvernement et la commission parlementaire se sont mis d'accord par des engagements réciproques: d'une part, pour l'officier de santé, candidat au doctorat, l'obligation de pratiquer la médecine depuis trois années et, pour l'Université, de ne pas astreindre ces candidats à la totalité des examens exigés pour le doctorat.

III. **Réglementation de la profession de dentiste.** — Elle est fixée par les articles V et VI du projet.

Cette réglementation est une innovation, en France, du moins. Aussi pour donner quelque solennité à cette réforme, le ministre avait appelé M. Brouardel à son aide, sous le titre de commissaire du gouvernement.

L'éminent doyen de la Faculté de Paris n'a pas eu longtemps à combattre, car sur le principe de la réglementation, tout le monde était à peu près d'accord. Ce qu'il a réclamé et obtenu, c'est l'interdiction, pour les dentistes dépourvus du brevet spécial et du diplôme de docteur en médecine, d'administrer le chloroforme et de pratiquer l'anesthésie. On comprendra la gravité de cette déposition, dont l'effet rétroactif sera d'atteindre des dentistes établis depuis longtemps, mais qui ne seront pas pourvus de titres universitaires.

Et cependant, comment ne pas admettre la légitimité de cette disposition restrictive et de l'argumentation de M. Brouardel, invoquant, pour la légitimer, la multiplicité des accidents survenus durant ces dernières années par l'emploi intempestif ou ignorant d'anesthésiques et d'agents toxiques? La liberté professionnelle a pour limite le danger qu'elle fait courir au prochain.

Art. V. — L'exercice de la profession de dentiste est interdit à toute personne qui n'est pas munie d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé ou d'un brevet de dentiste délivré par le gouvernement français à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat et suivant un règlement d'études délibéré en conseil supérieur de l'instruction publique.

Art. VI. — Le droit d'exercer la profession de dentiste est, par disposition transitoire, maintenu à tout dentiste, quelle que soit sa nationalité, justifiant, par la production de sa patente, d'une année d'exercice au jour de la promulgation de la présente loi.

Cette tolérance ne donne, dans aucun cas, aux dentistes se trouvant dans les conditions indiquées au paragraphe précédent, le droit de pratiquer l'anesthésie.

Art. VII. — La dispense de brevet prévue par l'article précédent sera également accordée à ceux qui, étant présents sous les drapeaux au moment de la promulgation de la présente loi, justifieront d'au moins un an de pratique comme dentistes dans un régiment ou un hôpital militaire.

Ces articles de loi semblent prévoir la création d'un jury spécial, devant lequel les aspirants au brevet de dentiste se présenteront. Quel sera ce jury?

Elle ne le dit pas. Sera-t-il mixte? Sera-t-il un jury d'Etat? S'agit-il de créer un nouveau monopole universitaire? Il y a là équivoque, nous voulons encore l'espérer; puisse le Sénat la faire disparaître et se rendre aux raisons de ceux qui, fidèles à la liberté, auraient vu, par la création de ce jury d'Etat, non seulement un encouragement à l'initiative privée et aux Ecoles den-

Digitized by Google

taires libres, aujourd'hui prospères, mais encore un premier pas dans la voie de la séparation de plus en plus nécessaire je le repète, du corps enseignant avec le corps examinant.

IV. **Exercice de l'art des accouchements par les sages-femmes.** — Ici, la loi ne modifie guère la réglementation de l'an XI. Elle accorde aux sages-femmes de 2e classe le droit d'exercer sur toute la surface du territoire.

Art. VIII. — Les sages-femmes ne peuvent pratiquer l'art des accouchements que si elles sont munies d'un diplôme de 1re ou de 2e classe délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis devant une Faculté de médecine, une Ecole de plein exercice ou une Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de l'Etat.

Le droit de continuer l'exercice de leur profession est maintenu aux sages-femmes de 1re et de 2e classe, reçues en vertu des articles 30, 31 et 32 de la loi du 19 ventôse an XI, ou des décrets et arrêtés ministériels ultérieurs.

Les unes et les autres auront le droit d'exercer leur profession sur tout le territoire de la République dans les conditions de la présente loi.

Art. IX. — Il est interdit aux sages-femmes d'employer des instruments. Dans les cas d'accouchement laborieux, elles feront appeler un docteur en médecine.

Il leur est également interdit de prescrire des médicaments, sauf le cas prévu par le décret du 23 juin 1873 et par les décrets qui pourraient être rendus dans les mêmes conditions, après avis de l'Académie de médecine.

Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations et les revaccinations varioliques.

V. **Exercice de la médecine par les étrangers et les étudiants en fin d'études.** — Il fait l'objet des articles X à XII.

Art. X. — A partir de la promulgation de la loi, les médecins, les dentistes et sages-femmes venant de l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne pourront exercer leur profession en France qu'à la condition d'avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine ou de sage-femme, ou le brevet de dentiste, dans les conditions prévues aux articles 1, 5, 8.

Des dispenses pourront être accordées par le ministre, conformément à un règlement délibéré en conseil supérieur de l'instruction publique. En aucun cas elles ne porteront sur plus de trois épreuves.

Art. XI. — Les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au concours, et les étudiants en médecine, dont la scolarité est terminée, peuvent, sans avoir subi tous les examens, être autorisés à exercer la médecine pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine ou d'officiers de santé.

Art. XII. — Les étudiants étrangers qui postulent le diplôme de docteur en médecine visé à l'article 1er de la présente loi sont soumis aux mêmes règles de scolarité et d'examens que les étudiants français.

Les diplômes et certificats d'études qu'ils ont obtenus à l'étranger peuvent être déclarés par les autorités compétentes équivalents aux diplômes exigés par les règlements pour l'inscription dans un établissement d'enseignement supérieur médical.

Inutile de reproduire l'article XIII. Il préconise l'abolition du diplôme de doctorat en chirurgie.

VI. **Police médicale.** — Elle est réglementée par les articles XIV, XV et XVI : enregistrement du diplôme ; établissement par le préfet de la liste annuelle des personnes exerçant légalement l'art de guérir ; enfin, interdiction absolue de l'exercice simultané de la profession médicale et pharmaceutique, même par les possesseurs de titres conférant le droit d'exercer l'une et l'autre de ces professions. Des dispositions atténuant cette prohibition seront introduites dans la loi sur l'exercice de la pharmacie, que la Chambre vient d'adopter en première lecture et sur laquelle nous reviendrons prochainement.

VII. **Prescription des honoraires. Associations syndicales. Déclaration des maladies épidémiques.** — Les articles XVII, XVIII et XIX sont un retour au droit commun. Il faut s'en féliciter.

Quant à l'article 30 il en est autrement. Pour juger de son importance il faut attendre le règlement d'administration publique, destiné, paraît-il, à réaliser cette merveille qui consiste à respecter le secret médical en y portant atteinte.

Pour notre part nous désirons une solution satisfaisante pour la santé publique et pour l'honneur médical. Il paraît qu'on ne l'a pas encore trouvée. Elle viendra sans doute avant les calendes grecques et avec le règlement promis. D'ici là, on aura le temps de l'apprécier.

Art. XVII — L'action des docteurs en médecine, des officiers de santé, des dentistes et des sages-femmes pour leurs honoraires se prescrit par cinq ans.

Les créances privilégiées sur la généralité des meubles, stipulées au troisième paragraphe de l'article 2101 du code civil, y figureront désormais dans les termes suivants :

3° Les frais quelconques de dernière maladie, quelle qu'en ait été l'issue.

Art. XVIII. — A partir de la promulgation de la présente loi, les médecins jouiront du droit de se constituer en associations syndicales dans les conditions de la loi du 21 mars 1884.

Art XIX. — Les fonctions de médecins et chirurgiens experts près les tribunaux ne peuvent être remplies que par des docteurs en médecine, français ou naturalisés français.

Un règlement d'administration publique revisera les tarifs du décret du 18 juin 1811 en ce qui touche les honoraires et vacations des médecins, chirurgiens, sages-femmes, experts et interprètes, les frais de transports et de séjour et la qualité d'experts qu'ils doivent conserver devant les tribunaux.

Art. XX. — Tout docteur, officier de santé ou sage-femme est tenu, sous les peines portées à l'article 27 de la présente loi, de faire à l'autorité publique, son diagnostic établi, la déclaration des cas de maladies épidémiques tombés sous son observation et n'engageant pas le secret professionnel. La liste de ces maladies sera dressée par arrêté du ministre de l'intérieur, après avis conforme de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France. Un règlement d'administration publique fixera le mode de déclaration desdites maladies.

VIII. **Exercice illégal; mesures répressives.** — Le titre III énumère les conditions du délit et les moyens répressifs. En voici les nombreux articles qui doivent, dans l'esprit des législateurs, constituer le code pénal de la médecine.

Art. XXI. — Exerce illégalement la médecine :

1° Toute personne qui, n'étant pas munie d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé, ou qui, n'étant pas dans les conditions stipulées aux articles 6, 7, 8, 9, 10 et 13 de la présente loi, prend part au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, ainsi qu'à la pratique des accouchements et de l'art dentaire, soit par une direction suivie, soit par des manœuvres opératoires ou applications d'appareils ;

2° Toute sage-femme qui sort des limites fixées à l'exercice de sa profession par les articles VII et VIII de la présente loi ;

3° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées dans les paragraphes précédents, à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi ;

Digitized by Google

4° Tout dentiste qui contrevient à l'interdiction édictée par le dernier paragraphe de l'article 6 ci-dessus.

Les dispositions du paragraphe 1er du présent article ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine qui agissent comme aides d'un docteur ou que celui-ci place auprès de ses malades.

Art. XXII. — Le délit d'exercice illégal de la médecine, de la chirurgie, de la pratique des accouchements ou de l'art dentaire, sera dénoncé aux tribunaux de police correctionnelle, à la diligence du procureur de la République.

Les médecins, dentistes, sages-femmes, les associations de médecins régulièrement constituées, intéressés à la poursuite, pourront la provoquer et se porter partie civile.

Art. XXIII. — Quiconque exerce illégalement la médecine est puni d'une amende de 100 à 500 fr. En cas de récidive, l'amende sera de 500 à 1,000 fr. Le coupable peut, en outre, être puni d'un emprisonnement de quinze jours à six mois.

L'exercice illégal de l'art des accouchements ou de l'art dentaire est puni d'une amende de 50 à 100 fr., et, en cas de récidive, de 100 à 500 fr. Un emprisonnement de six jours à un mois peut aussi être prononcé.

Art. XXIV. — Si l'exercice illégal de la médecine est accompagné d'usurpation du titre de docteur ou d'officier de santé, l'amende sera de 1,000 à 2,000 fr.; en cas de récidive, elle sera de 2,000 à 3,000 fr., et le délinquant sera, en outre, passible d'un emprisonnement de trois mois à un an.

L'usurpation du titre de sage-femme ou de dentiste avec exercice illégal de la profession sera punie d'une amende de 100 à 500 fr. En cas de récidive, l'amende sera de 500 à 1,000 fr., et, en outre, la peine de l'emprisonnement de six jours à quinze jours pourra être prononcée.

Art. XXV. — Est considéré comme ayant usurpé le titre français de docteur en médecine quiconque fait précéder ou suivre son nom de la qualité de docteur en médecine sans en indiquer l'origine, à moins que ce titre ne lui ait été délivré par le gouvernement français.

Art. XXVI. — Le docteur en médecine ou l'officier de santé qui n'aurait pas fait la déclaration prescrite par l'article 20 sera puni d'une amende de 50 à 200 fr.

Art. XXVII. — Quiconque exerce la médecine, l'art des accouchements ou l'art dentaire sans avoir fait enregistrer son diplôme dans les délais et conditions fixés à l'article 14 de la présente loi, est puni d'une amende de 25 à 100 fr.

Art. XXVIII. — Pour tous les cas, il y a récidive lorsque, dans les cinq années antérieures, le prévenu a été condamné pour un des délits prévus et punis par la présente loi.

Art. XXIX. — L'exercice simultané de la médecine, de l'art des accouchements et de l'art dentaire avec la pharmacie est puni d'une amende de 100 à 500 fr.

En cas de récidive, l'amende sera de 500 à 1,000 fr., et les délinquants pourront, en outre, être condamnés à un emprisonnement de quinze jours à trois mois.

Art. XXX. — *Tout docteur en médecine est tenu de déférer aux réquisitions de la justice, sous les peines portées à l'article* 29.

Art. XXXI. — L'article 463 du Code pénal est applicable dans tous les cas prévus par les articles 21, 22, 24, 25, 26, 27 et 29 de la présente loi.

Art. XXXII. — La présente loi est applicable à l'Algérie et aux colonies, sans préjudice des dispositions spéciales édictées par les lois, décrets et règlements qui visent l'exercice de la médecine sur leurs territoires respectifs.

Art. XXXIII. — Sont et demeurent abrogés : la loi du 19 ventôse an XI, l'article 27 de la loi de germinal an XI, le troisième paragraphe de l'article 2101 du Code civil, le dernier paragraphe de l'article 2272 du même Code en ce qui concerne seulement les médecins, et généralement toutes les dispositions de lois et règlements contraires à la présente loi.

Art. XXXIV. — La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine peuvent être prononcées accessoirement à la peine principale contre tout médecin, officier de santé, dentiste autorisé ou sage-femme qui est condamné :

1° A une peine afflictive ou infamante;

2° A une peine correctionnelle prononcée pour crime de faux, pour vol et escroquerie, pour crimes ou délits prévus par les articles 316, 317, 331, 332, 334 et 345 du Code pénal;

3° A une peine correctionnelle prononcée par une cour d'assises pour les faits qualifiés crimes par la loi.

En aucun cas, la suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine n'est applicable aux crimes ou délits politiques.

Art. XXXV. — L'exercice de la médecine par les personnes contre lesquelles a été prononcée la suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine, dans les conditions spécifiées à l'article précédent, tombe sous le coup des articles 22, 23, 24, 25 et 26 de la présente loi.

Une remarque, en terminant. L'article XXX impose aux médecins l'obligation de déférer aux réquisitions judiciaires et leur enlève le droit d'exciper de leur incompétence pour se soustraire à devenir experts. On comprend la gravité de cette disposition. Si un amendement sénatorial ne l'atténue pas, on verra, spectacle nouveau, mais de nature à compromettre le prestige de la justice, un médecin, ayant conscience de son incompétence, devenir « expert malgré lui. »

Cet article a été voté malgré les observations de M. Brouardel. Pourquoi? Serait-il vrai qu'en demeurant sourd aux arguments du commissaire du gouvernement, la Chambre voulait — « fermer le joint » — par où, grâce au silence de la loi, on pouvait, à l'occasion, introduire, dans la hiérarchie administrative, un ordre nouveau de fonctionnaires : — « le corps des experts-médecins près les tribunaux? » — Assez de fonctionnaires; trop de fonctions : c'est l'avis de nos députés; c'est aussi le nôtre.

Au demeurant si malgré ses imperfections, cette loi devient définitive, elle fera facilement oublier la législation boîteuse de ventôse. Pour cela, cependant, il faudrait qu'elle n'eût pas le sort de la loi de 1847 qui, entrée à la Chambre des pairs et acceptée par elle, n'en sortit et n'aboutit jamais. Empressons-nous donc de nous féliciter et de féliciter nos confrères députés qui se sont efforcés de faire triompher une réforme. Il faut se hâter, c'est surtout dans le monde parlementaire que la Roche tarpéienne est près du Capitole.

Ch. E. Loy.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

CHIRURGIE

Un cas d'extirpation d'un anévrysme poplité, par M. S. Kimura. — Notre confrère, médecin de la marine japonaise, a opéré avec succès le cas suivant et préfère l'extirpation de ces anévrysmes à leur ligature, à condition d'observer les précautions antiseptiques. (*Sei I. Kwai, Med. Journal*, 27 déc. 1890).

Une incision fut pratiquée au milieu de la région poplitée, on isola les nerfs poplités. On appliqua des ligatures sur l'artère poplitée et sur les artères tibiales antérieure et postérieure et on disséqua le sac qui était adhérent à la face postérieure de l'articulation du genou. Cette opération demanda une heure. La guérison fut parfaite. S. R.

Du curetage des fistules anales, par M. Cates Rabson. — Cette opération conviendrait aux sujets qui se refusent à l'opération classique. Elle consiste à racler la membrane pyogénique et à lui substituer une plaie susceptible de rapide cicatrisation. (*Philadelphia Med. Reporter*, 24 janvier 1891).

Voici la technique opératoire. On injecte dans la fistule une solution de cocaïne à 4 pour cent. On élargit, au besoin, avec

Digitized by Google

un bistouri l'orifice externe de la fistule pour permettre l'introduction de la curette. On racle la membrane pyogénique, on termine par une irrigation antiseptique et on panse avec le lint. S. R.

Traitement chirurgical de l'hydrocéphalie par le drainage des ventricules cérébraux, par M. A. Broca — Cette opération a été heureuse dans un cas rapporté par l'auteur. Il a employé le procédé de Keen : trépanation à trois centimètres au-dessus du méat auditif externe ; ponction avec le trocart, obliquement dirigé en visant au dessus du méat auditif du côté opposé. (*Revue de chirurgie*, 10 janvier 1891).

Voici les détails de l'opération pratiquée par M. Broca: asepsie du champ opératoire préalablement rasé et savonné, avec le sublimé; incision cruciale de la peau au lieu d'élection; application du trépan; incision de la dure-mère et ponction avec le gros trocart de l'aspirateur de Potain. Il s'écoula un verre à liqueur de liquide ; on introduisit un tube en caoutchouc le long de la canule, il s'écoula environ 60 grammes de liquide. On sutura au crin de Florence ; pansement iodoformé que le lendemain on renouvela à cause du suintement. Enlèvement des points de suture le septième jour, et du drain le quatorzième jour. Pas de suppuration, point de fièvre. L'amélioration a été évidente : diminution des mouvements convulsifs, retour partiel de la motilité des membres inférieurs. S. R.

THÉRAPEUTIQUE

De la réduction quantitative des boissons dans les affections chroniques du cœur, par M. Glax Abbazia. — Il y a longtemps que W. Stokes attira l'attention sur le résultat bienfaisant de la réduction de la quantité des liquides absorbés sur les affections cardiaques, surtout à la période de compensation compromise. Dans la cure d'Oertel la diminution des boissons joue un grand rôle (*Centralbl. f. die ges. Therapie*, janvier 1891).

A l'état normal, les trois quarts des liquides absorbés sont éliminés par l'urine ; dans l'hyposystolie, il y a accumulation de sérosité dans les organes et les cavités séreuses ; la pression artérielle diminue, la veineuse augmente ; l'urine se tarit. Dans de telles conditions, on voit tout rentrer dans l'ordre par une diète de liquides modérée. Si le cœur est plus atteint, il faut recourir aux médicaments, à la digitale surtout ; ce qui n'empêche de proclamer la réduction de la quantité des boissons comme un moyen thérapeutique efficace. H. G.

Traitement local de la diphtérie par le biborate et le carbonate de soude, par M. Vernon Jones. — Le principe de cette médication consiste à associer le carbonate de soude, qui liquéfie les fausses membranes, aux propriétés antiseptiques du borate de soude (*The Brit. med. Journ.*, 7 mars 1891, p. 518).

On formule la solution saturée suivante :

Bicarbonate de soude.. ...	àà 2 grammes
Biborate de soude.....	
Eau bouillie	30 grammes

Chaque heure, on doit renouveler les applications de cette préparation au moyen d'un tampon d'ouate promené sur la muqueuse pharyngée. S. R.

Traitement de l'obstruction intestinale par l'huile d'olives, par M. W. Michell. — Cette médication consiste à faire ingérer, par prises successives, depuis deux onces jusqu'à une pinte d'huile d'olives et a pour raison la propriété que cette huile posséderait de fluidifier les matières fécales (*Cincinnati Lancet clinic*, 17 janvier 1891).

A l'appui de ces assertions, l'auteur signale deux observations où le succès a été rapide. S. R.

Les propriétés de la muavine, par M. Kobert. — Cet alcaloïde, retiré de l'écorce du muavin, dont le signalement botanique est encore mal déterminé, offre des analogies chimiques avec l'érythrophléine. Parmi ses sels, le plus aisément utilisable est le bromhydrate, qui se dissout aisément dans l'eau, le chloroforme et l'alcool (*Pharmaceut. Zeitschr. f. Russland*, 1891, p. 73).

A ces analogies chimiques correspondent des analogies physiologiques. Les propriétés de la muavine ressemblent à celles de l'érythrophléine, dont on connaît les vertus anesthésiques et dont on a essayé l'utilisation dans la thérapeutique oculaire. Il convient d'attendre de nouvelles expériences avant de se prononcer sur la valeur de cet alcaloïde. S. R.

CHIRURGIE D'URGENCE

De la conduite à tenir dans les cas de corps étrangers des voies aériennes

Deux cas bien distincts peuvent se présenter; 1° il y a des accidents graves immédiats qui ne permettent pas la tergiversation; 2° il n'y a que pas ou peu d'accidents; ceux-ci sont compatibles avec un examen destiné à établir le diagnostic et les indications.

I. Dans le premier cas il n'y a pas à hésiter; la seule chose à faire, et cela le plus tôt possible, c'est la trachéotomie. On la fera supérieure, c'est-à dire, immédiatement au-dessous du larynx, intéressant les premiers anneaux de la trachée. Une fois le danger de la suffocation conjuré, l'on établira le diagnostic précis du siège et les indications de la thérapeutique à suivre pour chaque fait en particulier.

II. Dans la seconde alternative, le danger n'est pas immédiat, le chirurgien a le temps de se retourner et plusieurs éventualités peuvent exister.

a) Il est certain qu'il existe un corps étranger dans les voies aériennes, les commémoratifs sont suffisamment explicites, il y a eu des accidents dyspnéiques incontestables, mais il est actuellement impossible d'être fixé sur le siège. C'est surtout quand il s'agit de corps étrangers aplatis et qui se placent de champ dans le larynx, la trachée et les grosses bronches, qu'il peut y avoir une telle accalmie que l'on arrive à douter de sa présence. Quand il est dans le larynx, il est rare que le laryngoscope ne nous le revèle pas; cependant lorsqu'il est fixé dans les ventricules, ou encore dans l'angle antérieur du cartilage cricoïde ou dans la région sous-glottique, il peut passer inaperçu même pour un laryngoscopiste expérimenté. C'est la règle quand il est fixé dans la trachée ou une grosse bronche. Dans ces cas quand on est sûr de la présence du corps étranger dans un segment des voies aériennes et que par sa fixité il ne donne lieu à aucun symptôme grave, il faut chercher à le mobiliser par la percussion, l'inversion, des efforts faits par le patient, en se tenant prêt au moindre accès de suffocation sérieux à faire la trachéotomie. S'il ne se déplace pas, l'on ne quittera pas le malade sans l'avoir trachéotomisé, de façon à ne pas être surpris par les accidents. La trachéotomie devra être faite préventivement, elle parera à l'asphyxie pos-

Digitized by Google

ible et permettra le rejet du corps étranger, s'il se mobilise sous l'influence d'un mouvement ou d'un accès de toux. Si le chirurgien n'est pas prêt à faire la section de la trachée, il devra s'abstenir de toutes les manœuvres destinées à amener la mobilisation et l'expulsion, mais aussi un accès de suffocation mortel.

b) Il est certain qu'il existe un corps étranger du larynx, et il y est presque toujours fixé. Le traitement variera suivant les circonstances. Si l'examen laryngoscopique est facile, bien toléré, si l'on a affaire à un sujet raisonnable et non à un enfant, l'on cherchera à enlever le corps étranger du point où il est fixé, et sous le contrôle du miroir laryngien, avec un des modèles de pinces bien connus. Si le sujet n'est pas tolérant, il sera bon d'anesthésier le pharynx et l'orifice supérieur du larynx avec une solution de chlorhydrate de cocaïne au 1/20e, mais sans insensibiliser la cavité du larynx afin de ne pas y abolir les réflexes.

Si le corps étranger n'est pas visible au laryngoscope, il ne faut pas aller le chercher au hasard ; quand il est fortement enclavé, il ne faut pas l'arracher de force, mais recourir à l'ouverture des voies aériennes. C'est la conduite qu'il faudra souvent tenir chez les enfants indociles, à moins qu'on ne puisse faire un examen efficace et l'extraction sous le chloroforme. Même dans ce dernier cas, il vaudra mieux faire précéder la tentative d'extraction par les voies naturelles de la trachéotomie afin d'éviter tout accident pendant les manœuvres endolaryngées.

Si le corps étranger n'est justiciable que de l'extraction par les voies artificielles, celle-ci devra varier suivant le siège et la nature de l'obstacle, et le chirurgien pratiquera tantôt la trachéocricotomie (chez l'enfant); tantôt la laryngotomie intercricothyroïdienne ; tantôt, enfin, la thyrotomie proprement dite avec trachéotomie préliminaire.

c) Il est certain qu'il existe un corps étranger mobile dans la trachée et les bronches. Dans ces conditions, l'ablation par les voies naturelles est impossible ; la seule règle qui s'impose, c'est de faire immédiatement la trachéotomie. Au lieu de placer aussitôt une canule, on tiendra les deux lèvres de la plaie trachéale écartées de façon à favoriser l'issue du corps étranger dans un effort ou un accès de toux. Il est rare qu'au moment même de l'ouverture de la trachée il ne soit pas projeté au dehors, et presque toujours on le voit se présenter à l'orifice de la plaie, où il faut le saisir rapidement avant qu'il ne retombe sous l'influence d'une inspiration.

Quand le corps du délit est fixé dans une grosse bronche ou dans la trachée, il faut, la trachéotomie faite, chercher à le déloger à l'aide d'une sonde. Certains auteurs n'ont pas craint, dans ces cas, d'employer une pince ou un crochet mousse.

En résumé, dans la première catégorie de faits : trachéotomie d'urgence.

Dans la seconde catégorie : trachéotomie préliminaire ou plutôt préventive si le diagnostic du siège est incertain, extraction par les voies naturelles, laryngotomies diverses pour les corps étrangers du larynx, trachéotomie pour tous ceux de la trachée et des grosses bronches.

Dr E. Schwartz.
Professeur agrégé à la Faculté.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

MÉDECINE

I. **Purgatif contre la cholélithiase.** — On doit, c'est de précepte vulgaire, faire ingérer un purgatif énergique à la fin d'une crise de colique hépatique. Les préparations mercurielles ont l'avantage de favoriser la secrétion biliaire et d'aider ainsi à la progression des calculs. Voici une formule recommandée par les médecins anglais et dans laquelle le mercure est associé à un alcalin :

Hydrargyrum cum creta.....	10 à 20 centigr.
Rhubarbe pulvérisée.....	20 centigr.
Magnésie.....	1 gr. 50 centigr.

L'hydrargyrum cum creta de la pharmacopée de Londres est obtenu en triturant neuf parties de mercure métallique dans quinze parties de craie préparée. Il contient une notable proportion de mercure à l'état d'oxyde, ce qui rend son action inégale.

II. **Formules pour l'administration des arsenicaux et des iodiques aux tuberculeux.** — Ces préparations sont employées dans le service de M. Grasset (à Montpellier).

Le *vin de quinquina arsenical* se formule ainsi :

Liqueur de Fowler.....	5 cent. c.
Vin de quinquina.....	50 —

Dix centimètres cubes ou cent grammes de cette préparation contiennent un centigramme d'acide arsénieux.

On peut donc la prescrire à la dose de deux à trois cuillerées à soupe par jour.

L'*eau salée iodo-bromurée*, dont les effets et la composition sont analogues à ceux de la solution chloro-iodo-bromurée de Potain (*huile de foie de morue d'été*) contient :

Iodure de sodium.....	10 grammes.
Chlorure de sodium.....	40 —
Bromure de sodium.....	20 —
Eau distillée.....	500 —

Dose : une ou deux cuillerées à soupe quotidiennement dans une tasse de lait. Ch. E.

CORRESPONDANCE DES DÉPARTEMENTS

Rueil, 20 mars 1891.

Accidents provoqués par une injection de pilocarpine

J'étais appelé, en janvier dernier, près d'une dame C...., âgée de 27 ans, se plaignant de troubles divers et assez mal déterminés.

Dans les antécédents héréditaires, rien de particulièrement intéressant : père eczémateux, paraît-il ; mère rhumatisante ;

Digitized by Google

trois sœurs, bien portantes, sont facilement nerveuses et irritables.

La malade a eu dans toute sa jeunesse une santé parfaite ; mariée il y a sept ans, elle a aujourd'hui un enfant de 5 ans, bien portant ; la seconde grossesse, datant de 1888, aurait été assez facile, l'accouchement en décembre des plus simples ; cependant le rétablissement fut long et laborieux : céphalalgie, inappétence, faiblesse extrême ; et l'enfant, resté chétif, mourut au bout de quatre mois.

C'est cette seconde grossesse qui semble être le point de départ de la maladie actuelle. La seconde moitié de 1889 se passa assez heureusement ; mais, vers le mois de décembre, à la suite d'une vive contrariété, et peut-être d'un refroidissement, de nouveaux accidents se manifestèrent : ce furent des douleurs sternales violentes d'abord, une céphalalgie presque persistante avec exacerbations nocturnes, de la gastralgie, des vertiges et des douleurs de reins. J'ajoute de suite qu'il n'y eut jamais ni œdèmes, ni hémorrhagies d'aucune sorte ni troubles de la vue.

En même temps, la malade était devenue légèrement nerveuse, sans avoir jamais, d'ailleurs, de grandes attaques, et sans présenter, à aucun moment, d'anesthésie, de zônes hystérogènes ; aucun signe, en un mot, de la grande névrose.

Les urines, examinées pour la première fois en mars 1890, dénotent une certaine quantité d'albumine. Le régime lacté intégral fut prescrit.

Au bout de quatre mois, ne voyant survenir aucune amélioration, Mme C... reprit son régime alimentaire antérieur, tout fut abandonné ; et ce mépris de la thérapeutique n'aurait pas amené, je dois l'avouer, une plus grande proportion d'albumine ni des troubles plus violents.

A l'examen, je ne trouvai rien de bien positif : pas d'œdème, le murmure vésiculaire est absolument normal, le cœur est intact, il n'y a ni souffles ni bruit de galop ; le foie est légèrement augmenté de volume. Mme C... se plaint toujours des mêmes symptômes : douleur presternale surtout et céphalalgie intense ; la faiblesse, assez grande, est encore augmentée par une insomnie ordinaire.

Les urines sont claires, mousseuses ; deux litres environ par jour ; il y a un gramme d'albumine par litre, et cette quantité n'aurait, paraît-il, jamais été dépassée.

Je diagnostiquai néphrite diffuse, due peut-être à une compression des uretères pendant la seconde grossesse, compression qui aurait amené par suite l'altération rénale.

Je proposai le régime lacté, qui fut repoussé tout d'abord ; mais, devant mon insistance, la malade consentit à s'y soumettre le 20 février.

Le 24, l'examen des urines faisait constater une urine acide contenant 15 grammes d'urée et 50 centigrammes seulement d'albumine par litre.

Le 2 mars, je résolus de faire une injection sous-cutanée de nitrate de pilocarpine. Les urines examinées la veille contenaient toujours 50 centigrammes d'albumine.

A 9 heures du matin, j'injectai donc en une seule fois deux centigrammes de nitrate de pilocarpine (2 centigrammes). Immédiatement la face se congestionnait et le malade accusait un malaise et un trouble général intenses, tandis qu'une salivation abondante et la transpiration se manifestaient.

Un thermomètre, placé sous l'aisselle, avant l'injection, donnait après cinq minutes, 36°2.

Pendant ce temps des vertiges, des étourdissements, un tremblement nerveux généralisé s'établissaient, puis des troubles de la vue, la malade ne distingue plus que des ombres confuses. Quelques instants après, tous ces troubles augmentent d'intensité et Mme C... a la sensation très nette de la mort prochaine. Des vomissements surviennent alors, glaireux d'abord, puis bilieux. Le pouls, dès le début, était devenu plus fréquent et plus petit ; il se ralentit maintenant et devient à peine perceptible ; la respiration est haletante et l'inspiration ne se fait qu'au prix des plus grands efforts.

Des frictions énergiques, des flagellations, le thé n'ont aucune action. Après trois quarts d'heure environ, le cœur lui-même semble cesser de battre, la respiration s'est arrêtée, le réflexe cornéen est aboli et la face prend une teinte livide avec la coloration violacée des pommettes. A ce moment, je peux enfin obtenir la teinture de belladone que j'avais fait demander au début des accidents ; je russis avec difficulté à en faire prendre 20 gouttes en une seule fois. Respiration artificielle.

A partir de ce moment, la respiration se rétablit peu à peu, le pouls devient perceptible, tont rentre graduellement et lentement dans l'ordre et au bout d'une heure la malade était hors de danger. A midi, les troubles de la vue persistaient encore. Vers 4 heures, l'haleine avait une odeur fécaloïde des plus nettes.

Les urines, examinées le même jour, offraient en albumine une augmentation de 50 centigrammes sur celles de la veille. Aujourd'hui, 9 mars, légère amélioration générale, le régime lacté a été maintenu ; il n'y a plus que quelques centigrammes d'albumine.

Cette observation me semble intéressante à divers points de vue :

1° L'intensité des accidents à la suite de l'injection d'une dose aussi faible de nitrate de pilocarpine (2 centigrammes) ;

2° Les troubles de la vue, persistant même après la disparition totale des autres accidents ;

3° L'abaissement de la température dès le début ;

4° L'augmentation de la proportion d'albumine dans les urines qui suivirent l'injection.

Dr Furet.

FAITS CLINIQUES

Fibrôme intra-utérin pris pour un cancer

par M. le Dr A. Routier

chirurgien des hôpitaux de Paris (1)

Le cas suivant peut sembler banal au premier abord ; quoi de plus connu qu'un fibrôme ? Quoi de plus connu qu'un cancer ? C'est précisément sa banalité, sa fréquence dans la pratique qui en fait tout l'intérêt.

Une femme âgée de 48 ans, réglée à l'âge de 11 ans, mariée à 18 ans, n'avait jamais eu d'enfants, jamais ses règles n'avaient présenté rien d'anormal.

En 1890, elle entre dans un service d'hopital pour des métrorrhagies abondantes qui furent, dit-elle, mises sur le compte de la ménopause ; on la seigna par les injections chaudes, par l'ergot de seigle, et bientôt après, se croyant guérie, elle voulut reprendre son occupation.

Mais bientôt, les métrorrhagies reparurent, avec gros caillots ; de plus dans l'intervalle des pertes de sang, il s'établit une lencorrhée horriblement fétide ; en même temps cette malheureuse femme pâlit, maigrit, perdit ses forces ; tout cela dura huit mois environ, au bout desquels elle me fut envoyée sous la rubrique cancer de l'utérus.

J'avoue qu'au premier aspect, j'acceptai volontiers ce diagnostic, et c'est bien avec l'idée préconçue de néoplasme malin que je pratiquai le toucher.

On pouvait s'y tromper.

L'utérus était en effet gros et mobile ; le col, démesurément gros et dur présentait en son milieu une sorte de bourgeon charnu mou ; en examinant de plus près cependant, on pouvait sentir comme une circonférence autour de ce bourgeon, circonférence qui avait la dimension d'une pièce de vingt cen-

(1) *Société médico-pratique*, du 9 mars 1891.

Digitized by Google

times en argent, et qui semblait, point capital, distincte du bourgeon charnu.

Appliquant le spéculum, je vis en effet la masse du col avec le bourgeon médian ; cherchant alors avec l'hystéromètre à retrouver cette circonférence perçue par le toucher, je pus introduire cet instrument à 9 centimètres, et lui faire décrire un mouvement de rotation comme autour d'une masse intra-utérine, en même temps que cette manœuvre mettait en évidence les bords très minces et très nets de la circonférence perçue par le toucher.

Dès lors le diagnostic était fait, c'était un polype intra-utérin, non un cancer.

Il fallait en débarrasser la malade. Rien n'a été plus simple. Après anesthésie et antisepsie vaginale, j'ai fendu le col, sur les parties latérales, de deux coup de ciseau ; écartant les deux valves ainsi obtenues, j'ai saisi le fibrôme avec des pinces, et j'ai pu, avec le doigt, introduit avec force entre le néoplasme et l'utérus, m'assurer que le pédicule existait vers le fond de la matrice.

Faisant tourner le fibrôme, de façon à amener à ma vue la partie la plus voisine possible du pédicule, j'ai, avec un bistouri, fait une boutonnière au revêtement du fibrôme, et j'ai pu, par cette boutonnière, l'énucléer comme un noyau de cerise.

Bien que ce fibrôme eût le volume d'une orange, j'ai pu l'avoir sans le morceler.

Cela fait, j'ai, par trois points de suture de chaque côté, reconstitué le col, fait un pansement avec deux tampons de coton iodoformé, et la malade a guéri sans le moindre incident.

L'écoulement fétide, rougeâtre, continu, les pertes de sang, le bourgeon fourni par la partie du fibrôme qui avoisinait l'orifice du col, ce col distendu par le fibrôme, et par ce fait ayant la consistance ligneuse en avaient imposé pour un cancer.

Sans l'ablation de son fibrôme, cette malade serait à coup sûr morte à bref délai, ce qu'on aurait mis sur le compte du cancer.

On ne saurait donc trop répéter que l'examen de ces malades doit être fait avec le plus grand soin, et en s'entourant de toutes les précautions pour éviter les causes d'erreur.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES FRANÇAISES

PARIS. **Société de thérapeutique** (11 mars 1891). I. *Danger de l'administration des iodures associée à l'emploi des topiques mercuriels.* — LYON. **Société de médecine.** (2 mars 1891). II. *Nitrate d'argent ou sublimé contre la blennorrhagie.* — **Société des Sciences médicales** (11 mars 1891). III. *De l'absorption cutanée des médicaments véhiculés par les corps gras.*

I. **Danger de l'administration des iodures associée à l'emploi des topiques mercuriels.** — Une observation intéressante de notre confrère distingué, M. PIÉDALLU (du Raincy), démontre ces inconvénients. Il s'agissait d'une femme atteinte de blépharo-conjonctivite par projection accidentelle de poudre d'ipécacuanha sur l'œil.

M. Piedallu lui prescrivit des insufflations de poudre de calomel et de sucre à parties égales et observa, après l'application de ce topique, de la tuméfaction palpébrale, un phimosis, des douleurs et la formation d'un escharre.

Comment expliquer ces phénomènes ? La malade était soumise à un traitement ioduré et ingérait quotidiennement un ou deux grammes d'iodure de potassium. On sait que ce sel est en partie éliminé par la sécrétion lacrymale. Il faut bien admettre qu'au contact de calomel, il s'est formé un biiodure mercurique, dont l'action caustique a été l'origine des accidents.

Cette observation démontrerait donc la nécessité d'éviter le plus possible l'association de tels médicaments ou tout au moins de surveiller attentivement les malades qui sont soumis à une semblable médication. Ces inflammations offrent un réel degré de gravité et peuvent altérer définitivement l'organe visuel.

II. **Nitrate d'argent ou sublimé contre la blennorrhagie.** — M. DIDAY est fidèle à la médication argentique et déclare que la réputation microbicide du sublimé est surfaite dans la blennorrhagie.

Il produit des effets irréguliers et une inflammation locale dont il est malaisé de mesurer la profondeur. C'est un inconvénient dont le nitrate d'argent est exempt.

M. Diday formule ce dernier en solutions diversement titrées : à 1 sur 20 pour obtenir un effet abortif, 0,10 à 0,15 centigrammes pour 80 grammes d'eau pour réaliser l'action substitutive et enfin 0,05 centigrammes pour 100 grammes d'eau, dans le but de tuer les microbes et de seconder les médicaments antiblennorrhagiques classiques : santal, copahu et cubèbe.

L'opinion radicale de M. Diday n'est point partagée par tous ses collègues de la Société de médecine de Lyon. M. ERAUD estime que la puissance microbicide du sublimé est nettement établie. M. DELORE accuse le nitrate d'argent, reproche banal, de se décomposer par les chlorures. Cependant, il faut reconnaître que l'opinion de M. Diday a quelques partisans M. BOUDET, entre autres, pour lequel le nitrate d'argent est supérieur aux autres topiques soit au début de la blennorrhagie comme remède abortif, soit vers le déclin, comme agent germicide.

Ce débat, on le voit, n'est point de nature à faire abandonner bientôt le traitement classique de la blennorrhagie.

III. **De l'absorption cutanée des médicaments véhiculés par les corps gras.** — Dans ces derniers temps on a présenté la lanoline comme le véhicule le plus propre à favoriser l'absorption des corps gras. Etait-ce fait exact ? MM. GUINARD et BONVET ont voulu le vérifier en comparant cette action à celle de l'axonge et de la vaseline. Dans ce but ils ont expérimenté sur l'homme, en pratiquant des onotions sur la poitrine avec la pommade iodurée et en recherchant, dans les urines, la réaction de l'iode. Mêmes recherches avec la morphine, la sulfate de strychnine et l'atropine.

Les résultats de ces essais ont été négatifs. Ces observateurs admettent donc que la peau dont l'épiderme est intacte constitue une barrière infranchissable à l'absorptisn des médicaments. C'est une alfirmation peut-être exagérée.

Parmi les diverses conclusions de ces recherches intéressantes pour la thérapeutique pratique et pour la pharmacologie, il faut retenir les suivantes :

1° Le pouvoir d'absorption de la peau pour la lanoline n'est pas plus grand que pour les autres corps gras, et, de tous les excipients, la vaseline paraît celui qui cède le plus volontiers à la peau les produits qu'on lui incorpore.

2° L'axonge conserve sa supériorité classique, quand il s'agit de pommades à appliquer sur une surface absorbante. En présence d'un liquide séreux ou albumineux, elle retient les substances actives plus longtemps que la vaseline.

Aux expériences de MM. Guinard et Bouvet, on peut répondre par les faits cliniques dans lesquels l'absorption n'est point douteuse. Ce n'est point diminuer pour cela la valeur physiologique de leurs conclusions. K. D.

Digitized by Google

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 *mars* 1891

Présidence de M. le Dr Terrier

Hystérectomie et laparotomie. — M. Routier, pendant la même période que M. Segond, c'est-à-dire du 8 août au 31 décembre 1890, a pratiqué 22 laparotomies pour affections inflammatoires des annexes, à savoir : 12 pyo-salpingites, 4 hemato-salpinx, 1 hydro-salpinx, 5 salpingites parenchymateuses avec kystes folliculaires. Il n'a pas eu de décès. Sur les 12 malades, atteintes de pyo-salpinx, 10 sont complètement guéries; parmi les deux autres, l'une conserve des douleurs abdominales, l'autre présente une fistule abdominale. Ces deux cas étaient particulièrement difficultueux à cause de la diffusion des lésions.

Les cinq salpingites parenchymateuses, libres d'adhérences, ont été très facilement guéries par la laparotomie, qui reste toujours l'opération de choix. En effet, quand il s'agit d'affections aussi profondes, un diagnostic n'est complet qu'après l'ouverture du ventre, les lésions sont alors sous les yeux du chirurgien et lui inspirent la meilleure conduite à tenir. Si la laparotomie a été insuffisante pour guérir le malade, alors seulement on aura recours à l'hystérectomie vaginale. Celle-ci doit donc être considérée comme une opération exceptionnelle.

M. Championnière estime que l'hystérectomie est une bonne opération en principe, mais qu'elle a été trop généralisée par M. Segond. L'ablation directe des annexes par la laparotomie lui a le plus souvent donné des résultats favorables; quand il ne pouvait enlever la totalité des foyers purulents, grâce à une désinfection complète, il obtenait des résultats également satisfaisants, même sans drainer le petit bassin.

Les suites éloignées de l'hystérectomie sont encore inconnues, car l'opération est de date trop récente.

L'indication principale de cette méthode devrait être basée sur un diagnostic ferme, complet. Mais il ne peut en être ainsi pour les affections abdominales; il faut donc continuer d'avoir recours à la laparotomie, qui permet d'abord d'explorer les organes malades avant de les enlever, et non pas les enlever sans connaître exactement leurs lésions.

M. Terrier n'a pas une expérience personnelle de l'hystérectomie, il n'a jamais fait cette opération dans les cas précités; il se bornera donc à faire la critique des observations de M. Segond.

Il trouve d'abord cinq observations de salpingites catarrhales non suppurées doubles, et d'ovarites sclero-kystiques guéries par l'ablation des ovaires et de l'utérus. Il ne peut accepter un pareil mode d'intervention. En effet, la laparotomie a toujours suffi en pareil cas pour faire la castration, et il est inutile d'enlever l'utérus.

La même critique s'adresse à deux autres cas d'ovarites scléro-kystiques avec déplacement de l'utérus. L'hystérectomie est un procédé trop radical.

Six pyo-salpingites doubles ont été traitées par l'hysterectomie et l'ablation totale des annexes. Cette ablation a pu être effectuée parce qu'il n'y avait pas d'adhérences ni de pelvi-péritonite. Il eût été facile, le ventre étant ouvert, d'enlever les abcès sans toucher à la matrice.

Nous trouvons ensuite sept observations de pyo-salpingite avec pelvi-péritonite. M. Segond a enlevé l'utérus, laissant les annexes, et a eu trois morts et quatre guérisons.

Cela prouve que, quelle que soit l'habileté de l'opérateur et le procédé choisi, l'opération est grave dans ces cas, car la laparotomie est particulièrement difficile à achever lorsqu'il existe une confusion générale des organes et que le pus est disséminé en plusieurs régions. L'expérience jugera dans ces conditions entre les deux opérations.

L'hystérectomie, au contraire, n'est plus discutable lorsque la suppuration persiste après l'ablation des annexes : elle doit être faite.

En résumé, dans les salpingites catarrhales, les ovarites kystiques scléreuses, il faut agir par l'abdomen sans enlever l'utérus.

Dans les doubles pyo-salpingites sans pelvi-péritonite, dans les hemo-salpingites suppurées, on peut discuter le mode d'intervention. Pour son compte, il préfère agir par l'abdomen.

La question n'est plus discutable quand il s'agit de pyo-salpingites doubles avec pelvi-péritonites et adhérences viscérales, il accepte l'hysterectomie.

Enfin quand il persiste des suppurations pelviennes après l'ablation des annexes, il ne reste plus qu'à enlever l'utérus pour tarir les fistules.

M. Reynier. — L'hysterectomie mérite d'être prise en considération dans les suppurations des annexes, avec confusion générale des organes et pus disséminé dans le petit bassin.

Grossesse extra-utérine. — Extirpation du fœtus et du kyste. — M. Tuffier.

Une femme de 37 ans, entre à l'hôpital Beaujon pour des metrorrhagies et des accidents douloureux périutérins. On trouve une tumeur du volume d'une tête de fœtus occupant la face antérieure de l'utérus. Annexes sains. La laparotomie montre à M. Tuffier un fœtus calcifié et collé sur un gros kyste occupant la face antérieure de l'utérus. Décollement méthodique de toutes les adhérences; extirpation totale du fœtus et du kyste intimement unis l'un à l'autre. Annexes reconnus indemnes. Suture de la paroi en étage; guérison en huit jours.

La malade, suivie pendant un an, est restée parfaitement guérie, elle est réglée très régulièrement et n'a jamais souffert depuis son opération. Sa cicatrice n'a jamais fait place à une hernie et cependant cette femme, qui est bonne à tout faire, ne porte pas de ceinture.

Dr H. Marcieuxy.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 *mars* 1891

Présidence de M. le Dr Labbé.

Acromégalie. — M. Pinel-Maisonneuve présente un homme de 37 ans, chez lequel les premiers signes de l'acromégalie ont commencé à apparaître à l'âge de 24 ans, c'est-à-dire vers la fin de la croissance. Il s'aperçut que ses mains, ses pieds, sa tête grossissaient et fut forcé d'augmenter progressivement la dimension de ses chapeaux. Deux ans après, il fut pris de maux de tête violents qui persistèrent pendant six ans. Cet homme est sobre, n'est pas syphilitique. La face est pâle, d'une teinte cireuse; les forces ont diminué lentement, mais persistent encore. La taille, de 1m,67, n'a pas diminué depuis 14 ans; le cou, mince, fait d'autant mieux ressortir une face énorme et allongée; le nez est boursouflé en pied de marmite, les lèvres sont hypertrophiées; l'inférieure, pendante, forme une lippe très accentuée. Le maxillaire inférieur est atteint d'un prognathisme très marqué; l'arcade dentaire inférieure dépasse de beaucoup la supérieure. Les clavicules, les omoplates sont énormes, le dos est voûté. Les mains sont massives, presque carrées, comme capitonnées; les doigts, d'égale épaisseur sur toute leur longueur, ressemblent à des boudins. On note un développement énorme des genoux, des talons, des pieds, des orteils. Le reflexe patellaire est aboli. La sensibilité tactile, l'ouïe, l'odorat, le goût sont conservés, la vue est affaiblie. La langue est hypertrophiée. On remarque une

Digitized by Google

exophthalmie considérable; le champ visuel est conservé. A l'ophthalmoscope on voit un amincissement des artères et une dilatation des veines de la rétine. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. Il est impossible de rattacher cette affection à une cause quelconque, elle paraît s'être développée spontanément.

La Société se réunit en comité secret. H. M.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 mars 1891

Présidence de M. le Dr Tarnier

M. Cornil présente la Bactériologie chirurgicale de Senn.

M. Bucquoy présente les Leçons cliniques de M. le Dr Rendu.

M. Duplay lit un rapport sur un travail de M. Kirmisson sur le traitement du pied plat douloureux.

Fièvre jaune. — M. Leroy de Méricourt lit un rapport sur un traitement de la fièvre jaune proposé par M. le Dr Garcia (de Santiago de Cuba). Le traitement consiste à purger le malade et à l'enfermer ensuite dans une chambre dont les parois sont installées de façon à permettre l'introduction de glace. De cette façon, la température de la chambre se maintient à 0°. Sur 20 malades ainsi traités, il y a eu 18 guérisons. M. Leroy de Méricourt se borne à donner connaissance de ce traitement sans l'apprécier.

Vente de la morphine. — M. le président de la Société de prévoyance des pharmaciens de la Seine adresse à l'Académie une lettre où il traite de la question de la distribution de la morphine par les pharmaciens sur la présentation d'une ordonnance médicale ayant déjà servi. On sait que certains morphinomanes emploient ce moyen pour se procurer indéfiniment de la morphine.

L'auteur de la lettre dit que, actuellement, les pharmaciens refusent de répéter les ordonnances prescrivant de la morphine et ayant déjà été exécutées. Les morphinomanes peuvent, paraît il, se procurer leur poison quotidien chez certains fabricants de produits chimiques qui manquent à leur devoir en livrant de la morphine à des acheteurs quelconques. D'autre part, certaines maisons étrangères adressent, par la poste, soit dans des lettres, soit même dans des paquets, de la morphine aux personnes qui leur en demandent.

M. Bichamp lit un travail sur la coagulation du lait.

Elections. — Sont nommés membres associés étrangers : MM. les Drs Deroubaix (de Bruxelles), par 46 voix sur 51 votants, et Spencer Wells (de Londres), par 47 voix sur 47 votants. F. R.

LA CRISE DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Il ne s'agit plus de réformes ; il s'agit d'une crise.

Après trois mois de discussion sur les propositions de réformes de l'Enseignement médical et des concours que je lui avais soumises, la Société médicale des hôpitaux, réunie en « assemblée plénière », vient de décider, à la majorité de 37 voix sur 12, qu'il y avait lieu d'accepter le projet de M. Potain créant dans les hôpitaux un enseignement clinique sous le contrôle et sous la direction de la Faculté. Il y a dans ce projet une disposition très sage, approuvée par le plus grand nombre : c'est celle qui est relative à la répartition des élèves stagiaires dans les divers services où ils pourront, suivant leur différent degré d'instruction, étudier les principes d'auscultation, la seméiologie, puis la clinique. Mais, là où les divergences d'opinion commencent, c'est lorsque notre vénéré maître insiste sur le caractère indispensable des leçons dogmatiques. Or, sur ce point, de bons esprits croient toujours que l'enseignement hospitalier peut seul suffire à l'instruction des élèves.

Par cette décision, la Société médicale a écarté les propositions du Conseil municipal sur l'organisation de cet enseignement hospitalier placé sous la dépendance de l'Assistance publique.

Ce vote, auquel je n'ai pas participé parce que je partageais la sage opinion émise par un de nos collègues sur la nécessité d'attendre les propositions de la Faculté avant de se prononcer sur celles du Conseil municipal, ce vote, dis-je, crée pour la Faculté, pour le Conseil municipal, et pour les médecins des hôpitaux, une situation nouvelle qu'il n'est pas inutile d'envisager.

1° Commençons par la Faculté. — Que va-t-elle faire? Personne ne le sait, quoique l'on s'en doute un peu. Mais il faut la laisser à ses inspirations, ne pas lui faire de procès de tendances, attendre ses décisions, tout en lui donnant le conseil de ne pas trop abuser de sa victoire qui, alors, pourrait bien être une victoire à la Pyrrhus. Attendons...

2° Que fera le Conseil municipal? — Trois éventualités se présentent :

a) Se soumettre (et se démettre) au vote de la majorité de la Société médicale des hôpitaux, et faire avec elle acte d'abdication. La chose est peu probable, vu le goût modéré que le Conseil municipal a montré jusqu'alors pour le suicide. Du reste, le voudrait-il, qu'il ne pourrait pas attribuer à une Faculté de l'Etat des ressources budgétaires qui appartiennent à la Ville de Paris et qui ne doivent pas en sortir.

b) N'ayant pas trouvé auprès des médecins des hôpitaux l'accueil qu'il attendait de ses propositions très généreuses faites avec la plus grande déférence pour eux, il peut vouloir réserver pour d'autres institutions, pour les policliniques de la Ville en voie de formation, ses largesses et ses générosités. D'aucuns le craignent. Quant à moi, partisan convaincu de la liberté absolue de l'enseignement supérieur, je ne vois pas un grand inconvénient à l'expansion de ces policliniques, pour le succès desquelles — en réformateur incorrigible et impénitent — je forme des vœux très sincères. Qui sait? Un jour viendra peut-être où des médecins des hôpitaux regarderont comme un honneur d'appartenir à ces policliniques, dont le fonctionnement régulier à l'étranger — comme je l'ai vu à Vienne — a produit de si remarquables résultats.

c) Le Conseil municipal, fort de ses droits et de ses devoirs, passera outre, et sans organiser encore cet enseignement, inscrira d'office dans son budget annuel des allocations à tous les médecins qui feront des cours, en exigeant d'eux l'obligation de les annoncer sur une affiche unique et collective. Car, puisqu'« il tient les cordons de la bourse », il a le *droit*, sur les millions

Digitized by Google

qu'il accorde à l'Assistance publique, de réserver une cinquantaine de mille francs pour l'enseignement médical. Bien plus, il a le *devoir* de le favoriser.

Ici, répondons à une objection émise par nos adversaires qui aiment le paradoxe. La voici :

« Les médecins des hôpitaux sont nommés pour soigner les malades, et non pour enseigner. Si l'on demandait à ceux-ci pourquoi ils viennent à l'hôpital, ils répondraient tous que c'est pour y recevoir des soins et non dans le but de devenir un sujet d'instruction pour les élèves. »

Mais on peut répondre : Les malades ne vont pas à l'hôpital avec le secret désir de devenir plus tard un sujet de démonstrations anatomiques, et cependant on fait tous les jours des autopsies. Alors, les adversaires de l'enseignement hospitalier qui voudraient en appeler au suffrage universel des malades et s'inspirer de tous leurs vœux, devraient supprimer les autopsies!...

L'objection ne tient pas debout, et il faut conclure :

En favorisant l'enseignement hospitalier, on crée des médecins plus aptes et plus habiles à soigner les malades.

Du reste, le conseil municipal s'inspirera, sans doute, de cette phrase du rapporteur de mon projet de réformes, de M. Rendu qui n'a certes pas dû voter contre lui; car il écrit : « Ce n'est pas un paradoxe de soutenir que l'Enseignement médical hospitalier est encore plus nécessaire que celui de l'Ecole, et *pourrait à la rigueur en tenir lieu.* » Parole grave : car, s'il peut en tenir lieu, pourquoi donner la préférence au second, et ne pas organiser immédiatement et franchement le premier ?

Un mot pour terminer. Le conseil municipal aurait tort de céder à un premier mouvement qui n'est pas toujours le meilleur, et de regarder le vote de la Société médicale comme un acte d'hostilité contre lui. Car, il ne faut pas oublier, — comme le dit Laborde, — « qu'une notable fraction des médecins des hôpitaux, membres de droit de la Société du même nom, sont en même temps agrégés de la Faculté, et qu'ils n'ont pas eu de peine à constituer *une majorité de circonstance.* » Il ne faut pas oublier que, sur cent médecins des hôpitaux, il y a trente et un professeurs ou agrégés à l'Ecole (1), une vingtaine de candidats à l'Académie (2) ou à l'agrégation.

3° Que va faire maintenant la Société médicale des hôpitaux ? — Rien, absolument rien ; elle n'a plus qu'à garder le silence en attendant de savoir à quelle sauce elle sera traitée. Mais les médecins, les chirurgiens et les accoucheurs des hôpitaux ont encore quelque chose à faire, et vous verrez que s'accomplira tôt ou tard, pour le plus grand bien de leur indépendance, la prédiction ou le vœu que je formulais, il y a près de trois ans, dans ma relation sur *une mission scientifique en Russie.* Que l'on me permette de terminer par cette citation (1) :

« J'ai dit qu'à Paris, dans une ville de deux millions et demi d'habitants, la plupart des services hospitaliers qui renferment tant et de si beaux éléments d'instruction, restent improductifs pour l'enseignement clinique. Qu'attend-on pour l'organiser ? La consécration officielle ? Vous l'attendrez longtemps, et les calendes grecques sont loin. Il ne faut rien attendre d'aucune administration, il ne faut compter que sur notre initiative et notre énergique volonté. Je dis donc à tous mes collègues des hôpitaux : A l'œuvre, et pas de faiblesse ! Fondons nous-mêmes cette école de pratique médicale, organisons des cours sur toutes les branches de la médecine....

» C'est ainsi que la consécration officielle suivra de près le *fait accompli*, et que sera fondé l'*Enseignement médical des Hôpitaux.*

» Au-dessus, si vous le voulez, laissez la Faculté, sorte d'Ecole de médecine supérieure, avec ses chaires de pathologie interne et externe, de thérapeutique théorique, de pharmacologie, d'anatomie descriptive, d'histoire de la médecine, de pathologie générale, etc.; conservez cette Faculté, qui, n'en déplaise à tous les Billroth haineux de l'étranger, est digne de ses ainées et continue à jeter un si grand éclat sur le monde scientifique. Mais, l'enseignement de la pratique médicale n'est pas à la Faculté : IL EST SEULEMENT A L'HOPITAL, qui reste et restera toujours pour les élèves la meilleure école de médecine.

» On l'a compris ainsi, non seulement en Russie, mais aussi en Allemagne et en Angleterre, comme je l'ai déjà vu dans un voyage que je fis dans ce dernier pays, il y a six ans ; on l'a compris partout, sauf en France. Un directeur de l'Assistance publique qui le comprendrait et qui voudrait agir, aurait bien mérité de la science et du pays ! »

Telle est encore la meilleure solution de la crise dans laquelle le vote de la Société médicale a fait entrer la grave question de l'Enseignement.

Que nos collègues des hôpitaux y songent! Ils peuvent, par le système que j'indique, sauvegarder leur indépendance (2) à laquelle ils ont le droit de tenir. Ils ont encore l'avenir entre leurs mains; il dépend d'eux de ne pas le laisser échapper (3).

HENRI HUCHARD

(1) « On n'est pas pressé à l'Ecole d'entrer dans la voie des » réformes, même de celles dont l'utilité et l'urgence sont le » mieux démontrées ; il est si doux de reposer sur l'oreiller du » *statu quo* et de la routine, sans rien changer au moule dans » lequel on s'est coulé une tranquille et heureuse existence pro- » fessorale ! » Citation de LABORDE (*Tribune médicale*, 19 mars 1891).

Pour ma part, je ne suis pas aussi pessimiste que mon très distingué confrère le Dr Laborde, et je crois que la majorité des professeurs de la Faculté est animée de meilleures intentions.

H. H.

(2) Voici l'apostrophe que recevait il y a quelque temps un réformateur de l'Enseignement médical, de la part d'un académicien : « Mon ami, je suis partisan de toutes les réformes que vous proposez, mais vous êtes bien imprudent pour vous-même ! Vous vous fermez ainsi à jamais les portes de l'Académie ! »

(1) Une mission scientifique en Russie, par Huchard (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1888-1889, et tirage à part, 1890, p. 43.)

(2) Cette réforme (celle qui place l'enseignement hospitalier sous la direction et le contrôle de la Faculté) « atteindra dans » une certaine mesure l'indépendance professionnelle des méde- » cins et des chirurgiens qui, sans appartenir à la Faculté par le » titre d'agrégé en médecine, acceptera ent de faire aux étudiants » en médecine un cours officiel ». (LEREBOULLET, *Gaz hebd. de méd. et de chir.* 21 mars 1891).

(3) L'école d'anthropologie, fondée par l'initiative privée de tous ses membres, « est en ce moment l'une des institutions d'enseignement supérieur qui fait le plus d'honneur à la France ». (DE RANSE, *Gaz. méd. de Paris*, 21 mars 1891).

Digitized by Google

INFORMATIONS

FRANCE

La rage en 1890. — D'après le rapport de M. Dujardin-Beaumetz au Conseil d'hygiène du département de la Seine, il y a eu un seul décès rabique en 1890.

Voici la statistique comparée de la rage à Paris durant les dix dernières années :

En 1880, 4 décès; en 1881, 21; en 1882, 9; en 1883, 4; en 1884, 3; en 1885, 22; en 1886, 3; en 1887, 9; en 1888, 19; en 1889, 6; en 1890, 1.

Le nombre des animaux reconnus enragés s'est élevé : En 1883, à 182; en 1884, à 301; en 1885, à 518; en 1886, à 604; en 1887, à 644; en 1888, à 863; en 1889, à 367; en 1890, à 203.

Congrès français de chirurgie (session de 1891). — *Communications annoncées* : *Jules Bœckel* (de Strasbourg). Considérations sur la résection du genou, d'après 80 observations personnelles. — *E.-J. Moure* (de Bordeaux). De la thyrotomie dans le cancer du larynx. — *Heydenreich* (de Nancy). De la résection du pubis dans la taille sus-pubienne, pratiquée pour ablation d'une tumeur vésicale. — *P. Reclus* (de Paris). Traitement des suppurations pelviennes. — *Thiriar* (de Bruxelles). Un cas de laparo-entérotomie, pour obstruction intestinale déterminée par un calcul intestinal. — *E. Doyen* (de Reims). 1° L'actinomycose de l'homme; 2° l'asepsie en chirurgie. — *J. Toison* (de Douai). De la trépanation du crâne par résection temporaire d'un lambeau ostéoplastique (procédé Wagner et procédé personnel de l'auteur). —*Lavaux* (de Paris) Pathogénie et traitement préventif de la fièvre urineuse. — *Momprofit* (d'Angers). Laparotomie pour occlusion intestinale. Guérison. — *Vaslin* (d'Angers). Opérations qui se pratiquent sur le squelette du pied pour la réduction du pied bot, varus équin congénital chez l'adulte. — *Pozzi* (de Paris). Des blessures de l'uretère dans les laparotomies. — *Picqué* (de Paris). Indications de la cholécystotomie. — *Léon Montaz* (de Grenoble). 1° Sur les anévrysmes fessiers; 2° contribution à la pathologie de l'os intermaxillaire. — *A. Berthomier* (de Moulins). Ostéomyélite des côtes; interprétation des signes sthétoscopiques. — *A. Broca* (de Paris). Sur les variétés et la cure radicale de la hernie inguinale. — *P. Segond* (de Paris). Kyste séreux de la face postérieure de la vessie, extirpé au cours d'une hystérectomie vaginale. — *Tuffier* (de Paris). 1° Des résultats éloignés de la néphropexie pour rein mobile; 2° de l'incision hypogastrique dans les kystes hydatiques de l'espace rétro vésical. — *Poirier* (de Paris). Exstrophie de la vessie.

ÉTRANGER

TURQUIE. — **L'enseignement médical dans l'empire ottoman.** — On compte dans l'empire Ottoman, y compris l'Egypte, cinq écoles de médecine : une à Constantinople, une au Caire (Egypte), une à Aintab (Syrie) et deux à Beyrouth (Syrie). Les deux premières seules ont le droit de délivrer des diplômes médicaux. Les trois autres ont été fondés par des missionnaires et ne délivrent que ces certificats d'études; leurs élèves doivent aller passer l'examen de médecine à Constantinople Du reste les diplômes délivrés au Caire ne sont valables que pour l'Egypte. Pour exercer dans le reste de l'empire Ottoman il faut un examen subi à Constantinople.

La Faculté de Constantinople compte 20 professeurs et a ormé environ 1,400 médecins. La durée des études y est de six années. A la Faculté du Caire, les études y sont de sept ans; on y délivre chaque année environ 20 diplômes. Les examens devant l'assemblée des professeurs, en présence de quatre médecins nommés par le gouvernement.

La Faculté protestante de Beyrouth, existe depuis vingt-deux ans et a formé 105 médecins. Le nombre de ces professeurs est de six et la durée des études est de quatre ans. La Faculté catholique de cette ville a été fondée, il y a quelques années, ar les jésuites; ses professeurs sont Français.

NOUVELLES MILITAIRES

Prix de médecine d'armée de l'année 1890. — Ce prix est accordé, sur la proposition du Comité technique de santé, à M. le médecin-major Blanc, pour son travail sur l'artériosclérose en général et sur les scléroses vasculaires dans l'armée.

Nomination dans le corps de santé de la marine — *Au grade de médecin de 2e classe* : MM. Kéroudren et Pourtal, médecins auxiliaires.

Expériences de transport de blessés. — Mardi dernier, une commission désignée par M. le ministre de la guerre se réunissait au chemin de fer de l'Ouest, sous la présidence de M. le médecin inspecteur Dujardin-Beaumetz, pour mettre à l'essai les appareils de MM, Ameline, Desprès et Brechot.

M. Ameline rend mobile le brancard du milieu dans le système Bry en le montant sur un chariot. On peut ainsi facilement s'approcher des brancards latéraux. De plus, il devient possible de superposer trois étages de brancards, au lieu de deux, et d'augmenter d'un tiers la capacité utile du wagon, c'est-à-dire d'y placer dix-huit brancards au lieu de douze.

Les appareils Desprès et Brechot ont la forme de cadres qui se déroulent, se fixent au plafond par une griffe et reposent sur le plancher par un point d'appui. Douze blessés sont placés sur eux. Le même appareil sert aux transports par eau. La commission militaire ne s'est pas prononcée sur les avantages et les inconvénients de ces systèmes. On ne saurait donc, comme un de nos confrères s'empresse de l'annoncer, préjuger de son verdict et de l'adoption de ces systèmes.

NÉCROLOGIE

En France : M. le Dr Jacquin (de Metz), décédé à Versailles; T. Bergeon, ancien sénateur des Deux-Sèvres; Chalvet (de Brest), et Bechade (d'Angoulême).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

HAMMOND (Grœme). — Astasie et abasie (*The N. York med. Record*, 28 février 1891).

MACDONNELL (R. L.). — De la valeur diagnostique du battement trachéal dans l'anévrysme de l'aorte (*The Lancet*, 7 mars 1891, p. 534).

MEURER. — Notes sur deux cas de papillite par influenza (*La Province médicale*, 7 mars 1891).

NORTH'RUPT (W.). — Infection tuberculeuse primitive des bronches (*The N. Y. med. journal*, 21 février 1891).

OLIVER (T.). — De l'empoisonnement par le plomb; ses manifestations aiguës et chroniques (*The Lancet*, 7 mars 1891).

PAGLIANO. — De l'insuffisance aortique (*Marseille médical*, 28 février 1891).

REGNAULT et SARLET. — Bronchite méliniteuse (*Annales d'hygiène publique*, mars 1891, p. 196).

SEVESTRE. — Etiologie de la scarlatine (*Progrès méd.*, 7 mars 1891).

VAN VYCK. — Notes sur la prophylaxie et le traitement de la diphtérie (*N. Yorh méd. Record*, 28 février 1891).

WEST (Samuel). — Des rapports de l'asthme avec les autres maladies (*The Practitioner*, mars 1891).

Le Directeur-gérant : HENRI HUCHARD.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE N° 13 1er AVRIL 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, DEMELIN, GINGEOT, Charles MAURIAC, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

CLINIQUE CHIRURGICALE

Ecole de médecine d'Angers. — M. le Dr DEZANNEAU.

Des indications de la laparotomie dans l'occlusion intestinale

En présence d'une occlusion intestinale, le chirurgien, avant de se décider à pratiquer la laparotomie, doit, autant que possible, préciser le siège et la nature du mal en s'aidant de tous les signes fournis par les commémoratifs et par l'état actuel du malade ; ce diagnostic, qui présente malheureusement dans la pratique de grandes difficultés, est la base essentielle du traitement et permet seul d'établir avec certitude si l'occlusion peut céder aux moyens thérapeutiques ordinaires ou si une opération est nécessaire, et, dans ce dernier cas, quelle est celle qu'on doit préférer.

Si l'on étudie cliniquement l'occlusion intestinale, on voit que les causes en sont aussi nombreuses que variées. Elles peuvent se ranger sous sept groupes différents ; ces groupes sont les suivants : la constipation rebelle par atonie et paralysie de l'intestin ou par corps étrangers, tels que calculs, matières fécales durcies, substances réfractaires à la digestion ; l'occlusion par inflammation aiguë de voisinage, péritonite locale ou périthyphlite, l'étranglement interne, le valvulus, l'invagination, la compression par tumeurs de diverse nature, enfin le rétrécissement de l'intestin soit d'origine cicatricielle soit le résultat d'une dégénérescence de ses parois.

Les ressources chirurgicales dont nous pouvons disposer dans l'occlusion rebelle aux moyens ordinaires sont la ponction capillaire de l'intestin, l'établissement d'un anus contre nature et la laparotomie ; je ne mentionnerai que pour mémoire la rectotomie et les autres procédés opératoires imaginés pour le rétrécissement du rectum dont le diagnostic est toujours facile et qui ne sont que rarement en cause dans la question qui nous occupe ; quelles sont les indications spéciales à chacune de ces opérations ?

La ponction capillaire de l'intestin est spécialement indiquée toutes les fois qu'il existe une distension considérable des anses intestinales par des gaz et qu'il y a en même temps lieu de croire à une paralysie ou à une atonie des fibres musculaires de l'intestin, soit par le fait d'une maladie générale, soit par suite de la distension exagérée de ses parois sans autre lésion locale ; dans ces cas, la ponction capillaire unique ou répétée peut être suivie d'une guérison radicale, comme je l'ai observé dans un cas remarquable chez une dame de soixante-dix ans atteinte d'obstruction depuis trente jours, dont l'observation a été publiée dans les *Bulletins de la Société de médecine d'Angers.* La ponction est encore indiquée comme moyen palliatif dans toutes les circonstances où le mauvais état général du malade ne permet pas de recourir à une opération plus sérieuse ; l'expérience a d'ailleurs démontré son innocuité, et, en soulageant le malade, elle peut le mettre en état de supporter une intervention plus radicale.

L'établissement d'un anus contre nature étant une opération beaucoup moins grave que la laparotomie quant à ses suites immédiates, devra lui être préféré si l'état général ne lui permet pas de supporter un schok opératoire assez considérable ; on devra d'ailleurs y recourir dans tous les cas où il y aura lieu d'espérer le rétablissement normal du cours des matières ; ainsi, dans les obstructions par constipation rebelle, par agglomération de matières réfractaires à la digestion, par lésions inflammatoires récentes, par paralysie de l'intestin ; l'entérotomie devra encore être pratiquée quand il y aura impossibilité d'obtenir par la laparotomie le rétablissement normal du cours des matières, par exemple dans le cas de tumeurs inopérables ou de dégénérescences cancéreuses étendues. La colotomie lombaire ou iliaque sera, dans ces cas, l'opération de choix quand la lésion siégera dans le gros intestin ; l'entérotomie proprement dite par le procédé de Nélaton sera réservée aux occlusions de l'intestin grêle.

Mais si l'établissement d'un anus contre nature permanent est la seule ressource dans certains cas, les inconvénients graves qu'il présente doivent faire rejeter cette opération toutes les fois qu'il sera possible d'agir autrement ; en effet, sans parler de l'infirmité dégoûtante imposée au malade, les troubles de nutrition, d'autant plus marqués que l'intestin a été ouvert plus près de son origine, ne tardent pas à altérer profondément la santé générale et même à compromettre l'existence ; une autre source de danger sérieux et immédiat est celle-ci : si l'obstruction siège sur le gros intestin sans qu'on ait pu en faire le diagnostic et que l'entérotomie par le procédé de Nélaton ait porté sur l'intestin grêle, l'anus contre nature ne videra pas le gros intestin, dont la distension continuera à être la cause d'accidents graves.

La laparotomie sera donc formellement indiquée toutes les fois qu'elle pourra faire disparaître la cause de l'obstruction et rétablir, soit immédiatement, soit plus tard, le cours normal des matières ; examinons les cas où elle procurera ce résultat dans l'occlusion à marche aiguë et dans l'occlusion à forme chronique.

Digitized by Google

L'occlusion aiguë reconnaît pour cause une invagination, un valvulus ou un étranglement interne proprement dit, quelquefois une inflammation aiguë comme je l'ai observé dans le cours de la périthyphlite ; dans cette dernière forme, rare d'ailleurs, les antiphlogistiques, la glace, les lavements, les laxatifs peuvent amener un résultat favorable ; dans les autres cas, une intervention chirurgicale est indispensable, et cette intervention doit être la laparotomie.

Si, dans l'invagination, quelques chirurgiens rejettent la laparotomie parce que la nature peut quelquefois triompher seule de l'obstacle, les plus nombreux la considèrent comme formellement indiquée, et la statistique leur donne raison, car elle établit que la proportion des succès dus à la laparotomie est plus considérable que celle des guérisons spontanées ; le plus souvent, d'ailleurs, dans l'occlusion aiguë, le diagnostic de la cause est impossible, et l'indication formelle qui s'impose est la laparotomie, indication aussi urgente que celle du débridement dans la hernie étranglée.

Dans l'occlusion à marche lente nous avons à étudier la constipation rebelle, les calculs ou corps étrangers, l'invagination chronique, la compression par des tumeurs, l'étranglement progressif par brides, adhérences ou diverticules, enfin, les rétrécissements de l'intestin.

La constipation rebelle simple cède d'ordinaire aux moyens médicaux ou mécaniques, et, quand une intervention chirurgicale devient nécessaire, la ponction capillaire et l'entérotomie sont évidemment préférables à la laparotomie.

Les calculs ou corps étrangers, quand ils ne peuvent être rendus par les voies naturelles, imposent la laparotomie, suivie de l'entérotomie pour en faire l'extraction.

L'invagination chronique nous paraît nécessiter aussi la laparotomie, car, abandonnée à elle-même, elle est presque fatalement mortelle, et si la désinvagination ne peut être effectuée, il reste au chirurgien la ressource de la résection, préférable, suivant nous, à l'entérotomie suivie d'un anus contre nature incurable.

Les tumeurs qui compriment l'intestin présentent des indications diverses : tantôt, on peut les ponctionner si elles sont liquides ; tantôt, les déplacer si elles sont mobiles ; tantôt, les enlever si leur siège et leur nature le comportent ; dans les autres cas, l'établissement d'un anus contre nature devient indispensable.

L'étranglement progressif par brides, adhérences ou diverticules, indique incontestablement la laparotomie.

Quant au rétrécissement de l'intestin, si l'entérotomie a été pendant longtemps la seule ressource mise en pratique, nous pensons, en suivant le cours chirurgical actuel, qu'il importe de distinguer les cas : si le rétrécissement est lié à une dégénérescence cancéreuse, et si cette dégénérescence est étendue, la création d'un anus contre nature est évidemment le seul parti à prendre ; mais, si le rétrécissement est d'origine cicatricielle ou que la lésion organique soit nettement localisée, nous pensons que la résection de l'intestin, même étendue comme celle dont Kœberlé a publié l'observation, doit être préférée à l'infirmité de l'anus contre nature qui assure le plus souvent une vie trop courte et toujours précaire aux malheureux qui en sont atteints.

REVUE CRITIQUE

MÉDECINE

Des nodosités sous-cutanées rhumatismales

Dans le cours ou au déclin d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu on peut voir se former rapidement sous la peau de petites nodosités presque indolentes qui soulèvent à peine les téguments, mais se révèlent nettement au toucher par leur consistance dure et le déplacement qu'elles subissent sous la pression du doigt. Ces productions arrivent très rapidement à leur maximum de volume sans déterminer aucune réaction locale ni aucun trouble fonctionnel, et, après une durée de quelques semaines ou même quelques jours, disparaissent sans laisser de traces.

Cet épiphénomène du rhumatisme, tout en ayant dans l'ensemble des manifestations cliniques de la maladie assez peu d'importance pour pouvoir passer inaperçu, est intéressant cependant à étudier au point de vue des erreurs de diagnostic auxquelles il peut donner lieu et dans ses rapports avec les autres altérations du rhumatisme.

Les nodosités rhumatismales présentent des contours bien limités; arrondies ou ovalaires, elles ont le plus souvent un volume peu considérable et dépassent rarement les dimensions d'un pois ou d'une amande. Toutefois, Hirschprung a observé un malade portant au niveau du condyle interne des deux fémurs une nodosité atteignant le volume d'une noix. Ces petites tumeurs ont une consistance ferme et comme fibreuse, quelquefois élastique. Elles ne font subir à la peau aucune modification ; à moins qu'elles n'aient un volume excessif, elles ne déterminent aucune saillie et c'est seulement en passant le doigt au-dessus d'elles qu'on reconnait leur existence; ce qui explique que le hasard seul les fasse découvrir dans certains cas. La coloration des téguments, leur consistance, leur présence même ne présentent aucun changement, il n'y a ni la teinte rosée congestive de l'érythème noueux, ni la pâleur œdémateuse de la plaque d'urticaire. Le derme reste donc isolé de la production nouvelle et se laisse plisser et déplacer au-dessus d'elle. Ces petits nodules peuvent être libres dans les mailles du tissu cellulaire, mais le plus souvent ils sont implantés sur des parties fibreuses, sur les gaînes tendineuses ou les tendons eux-mêmes, sur les ligaments articulaires, ou fréquemment encore sur le périoste. Même dans ce cas ils gardent encore une certaine mobilité qui les fait distinguer des productions osseuses auxquelles ils ressemblent à première vue. On a signalé aussi des nodosités plongées dans l'épaisseur des muscles et s'insérant sur des expansions tendineuses. Brissaud, par exemple, en a reconnu chez un même malade dans l'épaisseur du trapèze et du grand pectoral, et plus

Digitized by Google

tard, à l'occasion d'une rechute de rhumatisme, dans le biceps.

Les malades n'accusent ni douleurs, ni élancements spontanés, ni aucun trouble de la sensibilité dans les régions voisines; quelques-uns seulement signalent un peu de gêne par les temps humides. L'exploration est même souvent tout à fait indolore; dans d'autres cas, surtout au début, elle éveille une légère douleur. Lorsque la nodosité repose directement sur un os, la pression peut être assez sensible, c'est ainsi qu'un malade de Troisier reconnut des nodosités siègeant sous le cuir chevelu à la douleur qu'il ressentait en appuyant sa tête sur l'oreiller; un autre à la sensibilité qu'il éprouvait en se peignant.

Les nodosités rhumatismales peuvent se développer dans le tissu cellulaire sous-cutané de toutes les régions, mais c'est au voisinage des articulations des membres qu'on les rencontre le plus souvent. Le poignet est leur siège le plus ordinaire, et l'on y trouve fréquemment une série de petits nodules groupés en chapelet et s'insérant sur les tendons fléchisseurs ou extenseurs, ou encore accolés aux saillies osseuses. Sur la région olécrânienne ces petites tumeurs sont aussi très communes; elles forment parfois de petits groupes qui s'étendent le long de la crête du cubitus. Au genou, les nodosités se développent de chaque côté de la rotule et de son tendon. Enfin au pied on les trouve soit le long des gaînes tendineuses, soit sur la face dorsale du tarse. Il est à remarquer que sur les membres les nodosités présentent souvent une distribution symétrique; ainsi, dans une observation de Meynet, on les voit situées sur le bord interne des deux cubitus, autour des deux genoux et des deux articulations tibio-tarsiennes.

Après les membres, c'est au niveau du péricrâne que ces productions se rencontrent le plus souvent. Elles sont réunies autour de la suture lambdoïde ou dispersées sur les pariétaux ou le frontal. Sur le malade de Meynet leur groupement dessinait un croissant régulier et symétrique. Sur les oreilles elles peuvent simuler les tophus de la goutte (Troisier et Brocq). Enfin, les apophyses épineuses de la colonne vertébrale leur servent aussi de points d'implantation et dans le cas qu'a publié Bourcy en 1882, on pouvait sentir des nodosités sur presque toutes les apophyses postérieures des vertèbres.

Ces nodosités se produisent brusquement en quelques heures sans que rien n'annonce leur développement; aussi lorsqu'elles surviennent en dehors d'une attaque aiguë, ce qui se voit quelquefois, elles passent inaperçues un certain temps. Même dans les cas où l'attention est mise en éveil par l'apparition d'une ou plusieurs de ces petites tumeurs on peut les voir naître en une nuit, là où la veille on n'avait pas constaté la plus petite induration du tissu cellulaire.

Le plus souvent ces productions atteignent d'emblée leur maximum de volume, puis elles persistent sans subir de modification pendant un temps très variable; quelquefois un jour ou deux suffisent à les faire disparaître; le plus souvent on les voit persister deux à trois semaines, après lesquelles elles s'effacent en quelques jours sans laisser aucune trace, ni desquammation ni teinte ecchymotique de la peau.

Mais, dans certains cas, leur durée peut être beaucoup plus longue, Bourcy les a vues se prolonger 2 mois 1/2 et F. Widal note l'absence de changement au bout de 3 mois. Enfin un certain nombre de faits permettent de penser que ces nodosités peuvent subir un degré d'organisation plus complet (Mayer a constaté la présence de fibrocortilage au centre de plusieurs nodosités (1882) et devenir pour ainsi dire permanentes. Duckworth (1882) a décrit des nodosités ayant bien les caractères de celles que nous étudions et dont certaines persistaient depuis plus de 2 ans 1/2. Nous-même avons observé un malade qui, ayant depuis plusieurs années des poussées fréquentes de rhumatisme subaigu des petites jointures, garde depuis sa première attaque une nodosité du volume d'une petite noix sur l'olécrâne gauche et a vuse produire plus récemment trois autres nodules caractéristiques.

Le développement de ces nodosités se fait en général par poussées successives, quelquefois une seule à la fois (Vulpian), le plus souvent plusieurs; Troisier, sur un de ses malades, en voyait éclore une trentaine en 4 jours. Dans une même attaque de rhumatisme on peut voir leur nombre monter à une soixantaine et même au delà.

Enfin elles sont sujettes à récidiver dans les attaques ultérieures.

La nature rhumatismale de ces nodosités est confirmée par leur coexistence avec d'autres manifestations de la même diathèse. Ainsi dans certains cas elles sont précédées par une plaque d'œdème rhumatismal (Testelin, Mayer); dans d'autres c'est l'œdème qui leur succède et les englobe complètement (Davaine). Besnier signale aussi la présence de nodosités rhumatismales hypodermiques ou épipériostiques dans quelques cas de rhumatisme avec érythème papuleux et Fournier serait même, d'après Berlioz, disposé à considérer les nodosités sous-cutanées comme des variétés profondes de l'érythème noueux. Les périostites rhumatismales éphémères, sur lesquelles Verneuil a attiré l'attention au Congrès de Blois (1884), peuvent évoluer en même temps que les nodosités. Enfin, une intéressante observation publiée par Brissaud montre un rhumatisant atteint de nodosités sous-cutanées, qui présenta un engorgement ganglionnaire généralisé terminé par résolution (bubon rhumatismal). Ce gonflement ganglionnaire est absolument comparable à celui que l'on peut rencontrer dans l'œdème rhumatismal (Testelin, 2 faits observés dans le service de M. Potain.)

Ces petites tumeurs sont constituées par une néoformation conjonctive plus ou moins avancée en organisation, mais avec tendance à la nécrobiose. La courte durée de certaines nodosités portait à ne voir dans leur production qu'une simple exsudation séreuse; mais Nepveu (de Marseille) a pu reconnaître sur une de ces tumeurs enlevée 36 heures après son apparition une prolifération cellulaire déjà manifeste. Le même observateur ayant constaté la présence de microbes au sein de cette nodosité et des altérations importantes dans les vaisseaux afférents, admet la possibilité d'une embolie

Digitized by Google

capillaire. Ce fait isolé ne suffit pas à modifier l'opinion générale des auteurs sur l'absence de gravité de ces néoformations.

Mais les nodosités gardent cependant une certaine valeur pronostique, car c'est surtout dans les formes graves du rhumatisme avec localisation et dans les formes traînantes et sujettes à récidives, qu'elles ont été rencontrées (Troisier et Brocq, Brissaud). Barlow et Warner, qui en ont réuni 27 cas chez les enfants, ont toujours, sauf dans un cas, reconnu l'existence de lésions cardiaques et dans 8 de ces cas la cardiopathie a entraîné la mort.

Ces nodosités, comme nous l'avons dit au début, peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic et il nous reste à examiner avec quelles lésions on pourrait les confondre.

D'abord y a-t-il lieu d'en séparer les *nodosités éphémères des arthritiques* décrites par M. Féréol? La localisation intradermique de la nodosité, sa courte durée (24 à 36 heures), son évolution indépendante de toute fluxion articulaire sont pour M. Féréol des caractères distinctifs suffisants; ils ne sont cependant pas absolus, puisque les nodosités sous-cutanées peuvent aussi se produire en dehors des attaques de rhumatisme ; de plus les deux variétés peuvent coexister comme cela avait lieu sur le malade de Meynet. Il semble donc n'y avoir entre les deux nodosités qu'une différence de degré, tenant peut-être à la texture différente du tissu dans lequel elles se développent.

Il en est autrement de l'*érythème noueux* qui peut aussi se rencontrer en même temps que les nodosités. Celui-ci siège également dans la peau, mais est localisé aux membres inférieurs ; les plaques sont douloureuses, rouges, congestionnées et laissent après elles une teinte ecchymotique de la peau. Ce sont là des caractères trop différents pour que l'on puisse admettre l'identité des deux lésions. L'existence d'arthropathies a pu prêter à la confusion, mais celles-ci ne présentent pas les caractères du rhumatisme franc, mais plutôt du rhumatisme infectieux qui n'est pas rare dans l'érythème polymorphe.

L'*urticaire tubéreuse* se distingue par l'intensité de l'œdème cutané, les démangeaisons et souvent aussi par la présence sur un autre point de papules typiques. Il ne faut pas oublier que l'on peut voir chez des rhumatisants des éruptions d'urticaire tubéreuse causées par le salicylate de soude (Rathery).

Le *fibrôme douloureux* est habituellement unique. Les vives douleurs qu'il occasionne, les troubles de sensibilité que l'on reconnaît au voisinage suffisent à le caractériser.

Nous ne faisons que mentionner les *lipômes multiples* et les *tophus* qui ne peuvent être confondus qu'à un examen trop superficiel et nous terminons par le diagnostic le plus difficile et le plus important en pratique : celui des nodosités et des *néoplasies syphilitiques*, gommes, périostites ou exostoses.

Les gommes se développent insidieusement, sans douleur et sans phénomènes inflammatoires; de sorte que c'est souvent par hasard que l'on découvre une petite tumeur dure, indolente, mobile sous la peau et sur les parties profondes. La ressemblance est telle avec les nodosités rhumatismales, que le diagnostic peut rester hésitant. Guyot a cité l'observation d'une femme présentant sur les membres inférieurs de semblables tumeurs, qui simulaient si bien des gommes, qu'une fois déjà le traitement spécifique avait été institué. Lui-même crut devoir renouveler l'expérience, mais le traitement ne put être toléré plus de deux jours et cependant les tumeurs diminuèrent rapidement. Le diagnostic est plus complexe encore, quand on retrouve chez les malades des signes de syphilis. Fournier a cité plusieurs cas de ce genre, par exemple celui d'un homme qui, ayant eu des manifestations syphilitiques, entre autres une exostose, présenta, en même temps que des douleurs dans les genoux, deux tumeurs ayant tous les caractères des gommes et siégeant dans la fesse gauche. Mais le lendemain deux autres tumeurs apparaissaient sur la fesse opposée puis bientôt deux sur la cuisse droite, puis six sur la cuisse gauche ; le tout disparut en quelques jours.

C'est la marche seule qui peut, dans les cas de ce genre, lever les doutes. Lorsque l'apparition brusque a pu être constatée, l'idée de manifestations syphilitiques peut être éliminée. Sinon il faut observer l'évolution des nodosités, car tandis que dans le rhumatisme elles acquièrent d'emblée leur maximum de volume, puis restent sans changement jusqu'au moment de leur disparition ; dans la syphilis au contraire elles s'accroissent graduellement, puis diminuent de consistance, contractent des adhérences avec la peau et enfin s'ulcèrent si le traitement opportun n'est pas appliqué.

Dans les périostoses ou les exostoses on retrouve encore la marche progressive des gommes, mais de plus la tumeur ne présente aucune mobilité. Enfin il est évident que dans les cas douteux le traitement spécifique doit toujours être institué. Quant à l'administration du salicylate de soude, elle ne peut aider au diagnostic, car ce médicament est le plus souvent sans action sur les nodosités rhumatismales qui disparaissent aussi bien sans traitement.

Dr Merigot de Treigny.

THÉRAPEUTIQUE OPHTALMOLOGIQUE

Traitement de la kératite des moissonneurs

(ULCÈRE SERPIGINEUX DE LA CORNÉE)

Par M. le Dr A. Dehenne

L'*ulcère serpigineux de la cornée* est une des affections les plus graves que nous ayons à soigner. *La perte de l'œil* est la conséquence fatale, obligée d'un traitement tardif et mal dirigé.

La guérison paraît devoir être la règle dans les cas au contraire où une thérapeutique active a été instituée. L'ulcère phagédénique ou serpigineux de la cornée reconnaît trois facteurs étiologiques qui sont par ordre d'importance :

1° *La suppuration des voies lacrymales* ;

Digitized by Google

2° *Un traumatisme quelconque* ;
3° *Le surmenage ou la misère physiologique.*

On a donné aussi à cette affection le nom de *kératite des moissonneurs*, à cause de sa fréquence chez les ouvriers employés à la moisson.

La dacriocystite se rencontre neuf fois sur dix au moins chez les gens atteints d'ulcère serpigineux, et la suppuration provenant des voies lacrymales étant la cause presque unique de l'infection cornéenne, tout en faisant la part des germes apportés par le corps traumatisant, il est indiqué de tarir cette suppuration et de rendre aseptiques les produits déversés par le sac lacrymal dans les culs-de-sac conjonctivaux. Pour ce faire, on commence par débrider largement le point lacrymal inférieur ; quelques-uns même conseillent de débrider les points lacrymaux supérieur et inférieur jusqu'à leur abouchement dans le sac, de façon à transformer en une large gouttière à ciel ouvert les deux canalicules lacrymaux. L'écoulement du pus devient ainsi facile, et les lavages à grande eau du sac et du canal ne présentent aucune difficulté. Avant de procéder au lavage, on cathétérise le canal avec une sonde de Bowmann n° 3, de façon à égaliser le conduit et à empêcher la stagnation du pus en arrière des petits rétrécissements qui pourraient s'y rencontrer. Puis on charge une seringue d'Anel avec de l'eau boriquée à 3 0/0, et on lave les voies lacrymales à grande eau. Cette première partie du traitement de l'ulcère serpigineux est indispensable ; si elle n'est pas consciencieusement exécutée, quelle que soit la thérapeutique employée pour combattre le phagédénisme de l'ulcération, on risque fort d'échouer. Donc, *en présence d'un ulcère serpigineux de la cornée, il faut toujours appuyer sur la région du sac lacrymal afin de s'assurer de l'état des voies lacrymales, puis, s'il vient une seule goutte de pus, débrider et laver largà manu.* Puis, immédiatement après avoir désinfecté le sac lacrymal, on procède directement au traitement de l'affection cornéenne, et cela, dans la même séance, sans perdre une minute, sous peine de voir la cornée se nécroser en moins de 24 heures.

Le fer rouge et le *collyre au sulfate d'ésérine* forment la base de la thérapeutique de l'ulcère serpigineux de la cornée. Pas un seul moyen thérapeutique ne donne de résultats aussi parfaits que la réunion de ces deux agents.

Le sac lacrymal ayant donc été bien détergé, on nettoie avec le plus grand soin les culs-de-sacs conjonctivaux avec du coton hydrophile trempé dans de la liqueur de van Swieten, après avoir pratiqué l'anesthésie locale avec le chlorhydrate de cocaïne ainsi formulé :

Clorhydrate de cocaïne	0 gr. 500
Sublimé....	0 gr. 003
Eau distillée.....	15 gr.

La cornée étant bien insensibilisée, on procède à la cautérisation de l'ulcération à l'aide du thermo-cautère, muni d'une pointe fine fabriquée *ad hoc*, ou à l'aide du galvano-cautère.

Deux cas peuvent se présenter :

a) *Il n'y a pas de pus dans la chambre antérieure*, ou tout au moins l'hypopion est insignifiant.

b) *L'hypopion est très abondant.* Le pus remplit le tiers ou même la moitié de la chambre antérieure.

a) Dans le premier cas, on touche avec la pointe rougie à blanc tous les points de l'ulcération, *quelle que soit son étendue*, et en dépassant même légèrement les limites du mal. Le lendemain, on constate que la marche de l'ulcération est complètement enrayée, et même que les points d'infiltration déterminés sur la cornée, en dehors de l'ulcération, ont disparu.

Après guérison, c'est à peine s'il reste sur la membrane transparente un petit leucome dont l'étendue atteint à peine le cinquième de celle de l'ulcération préventive. Le plus souvent ce petit leucome siège au-dessus de la pupille, et ne gêne en rien la vision. Dans le cas où il se trouverait en face de l'ouverture pupillaire, on pratiquerait une iridectomie optique, en prenant les précautions antiseptiques les plus minutieuses, étant donné l'état des voies lacrymales.

b) Dans le cas où l'hypopion est très abondant, après avoir badigeonné la surface de l'ulcération avec la pointe rougie à blanc, on termine en enfonçant rapidement la pointe dans la chambre antérieure, au niveau du centre même de l'ulcération, et en la retirant de même. L'humeur aqueuse est projetée au dehors, et entraîne avec elle le pus, absolument comme si l'on avait pratiqué la transfixion de l'ulcération avec une lame mince et étroite.

Au premier abord, cette façon de procéder peut paraître dangereuse. Elle ne l'est nullement. C'est merveille de voir comme l'œil supporte le fer rouge. Il y a quelques années, les cautérisations superficielles étonnaient un peu, puis on s'y fit très vite. La paracentèse ignée est tout aussi simple et aussi inoffensive. Je crois être le premier à l'avoir employée *sciemment et de parti pris.*

C'est merveille de voir l'état de l'œil le lendemain de l'opération. De pus, dans la chambre antérieure, il n'y a plus traces. La cornée, la veille encore infiltrée dans presque toute son étendue, a repris sa transparence. La chambre antérieure est reformée. Seul est visible le point où la cornée a été cautérisée et où s'est faite la perforation chirurgicale. De jour en jour, ce leucome diminue d'intensité, pour disparaître presque en totalité dans les trois ou quatre semaines qui suivent.

Voici donc une affection qui, abandonnée à elle-même, conduit infailliblement à la perte de l'œil en quelques jours, et parfois en quelques heures, et qui guérit absolument par l'emploi de la cautérisation et de la paracentèse ignée.

Comme adjuvant au traitement, il est indispensable d'employer le *sulfate neutre d'ésérine pur et frais* :

Sulfate neutre d'ésérine.....	0 gr. 05
Eau distillée	10 gr.

Antiseptique et antisuppuratif au premier chef, le sulfate neutre d'ésérine rétrécit la pupille, ferme toutes les voies d'absorption de l'œil, et forme, pour ainsi dire, une barrière infranchissable aux migrations des agents septiques. La solution de sulfate neutre d'ésérine doit être, le premier jour, *transparente*, *inodore* et *incolore*.

Digitized by Google

Dans les quelques jours qui suivent sa préparation, elle devient rosée, puis rouge ; mais elle doit conserver sa limpidité. Les solutions impures sont troubles, sales et sentent mauvais. Elles sont dangereuses et activent, au contraire, la marche des accidents phagédéniques et suppuratifs.

L'ulcère serpigineux de la cornée est une affection très douloureuse. Quand le malade vient consulter, en général il souffre beaucoup et ne voit pas depuis huit, dix ou quinze jours. Aussitôt que l'on est intervenu, les douleurs cessent, et, le lendemain, le patient affirme avoir bien dormi pour la première fois depuis longtemps. La cautérisation ignée, *même sans perforation*, et le sulfate neutre d'ésérine calment les douleurs. Il est bon de faire remarquer en passant que, chez un certain nombre de malades, les instillations de sulfate d'ésérine provoquent des douleurs sourcillières et occipitales, dont la durée ne dépasse pas une heure ou deux. Le nitrate de pilocarpine, employé dans certains cas comme succédané du sulfate d'ésérine, n'a aucune action curative sur l'ulcère serpigineux. Il faut donc bien se garder d'en faire usage dans ce cas spécial.

En résumé, la conduite à suivre en présence d'un ulcère serpigineux de la cornée est la suivante :

1° Détruire le point lacrymal inférieur ou les points lacrymaux supérieur et inférieur, et irriguer *larga manu* les voies lacrymales avec une solution antiseptique (solution boriquée à 3 0/0) ;

2° Laver les culs-de sac conjonctivaux avec la liqueur de van Swieten ;

3° Cautériser toute la surface de l'ulcération à l'aide de la pointe fine du thermo-cautère chauffée à blanc ou du galvano-cautère ;

4° S'il y a du pus dans la chambre antérieure, perforer la cornée avec la même pointe et évacuer le pus.

5° Instiller dans l'œil malade, quatre fois par jour, cinq ou six gouttes chaque fois, du collyre suivant :

Sulfate neutre d'ésérine.....	0 gr. 05
Eau distillée.....	10 gr.

6° Dans l'intervalle des pansements, appliquer sur l'œil malade le pansement antiseptique suivant :

a) Coton hydrophile ;
b) Liqueur de Van Swieten ;
c) Pommade :

Iodoforme.....	3 grammes
Vaseline.....	50 —

Tremper du coton hydrophile dans la liqueur de van Swieten, exprimer légèrement, appliquer une forte couche de pommade iodoformée sur le coton mouillé, et maintenir le tout sur l'œil à l'aide d'un tour de bande.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

MÉDECINE

Mélancolie des délinquants prévenus ou condamnés, par M. Charpentier. — Notre distingué collaborateur a étudié, dans cet intéressant travail, un ensemble de caractères psychopathiques observés chez des individus en prévention ou condamnés (*Annales médico-psychologiques*, t. XII, n° 1, 1891).

Cette mélancolie spéciale, contemporaine et non antérieure au délit commis, mais sans rapport avec lui, est liée intimement à la crainte des effets de la condamnation. Elle consiste dans un mélange d'éléments vrais ; crainte, tristesse, désespoir ; et d'éléments surajoutés : irritation et confusion intellectuelle pouvant tendre vers la mélancolie-suicide.

Elle s'associe d'ordinaire à une faiblesse du sens moral et à de la fourberie. Elle disparaît rapidement, dès que le sujet a des raisons d'espérer sa mise en liberté.

La relation intime entre son amélioration et l'espoir de liberté et, au contraire, entre son aggravation et la privation de cet espoir, explique les guérisons promptes et les rechutes de cette mélancolie. Ces rechutes rendent compte des contradictions apparentes entre le médecin qui examine le sujet dans la prison et celui qui l'examine dans un asile spécial. Elle ne devait pas être considérée comme un élément d'atténuation de la peine.

Les malades qui guérissent de cet état mélancolique survenu dans ces circonstances terminent souvent par la manie raisonnante, conservent ordinairement de la haine pour les institutions sociales de leur pays, et une grande tendance aux idées révolutionnaires. S. R.

Bruits auriculaires perceptibles, par M. Szenes. — Il arrive parfois qu'un souffle cardiaque s'entend à distance ; mais les bruits auriculaires, bourdonnements, sifflements, etc, se perçoivent plus rarement. Une petite fille de dix ans devenue subitement sourde, il y a un an, à la suite d'un coup sur l'oreille gauche, se plaignait depuis quelques jours de bourdonnements dans cette oreille, dont elle recommençait à entendre. A l'examen otologique, le tympan présentait des points épaissis à côté d'autres amincis, mais cette image anormale existait des deux côtés, de plus l'ouïe semblait bonne (*Inter. Klin. Rund.*, 1891, n° 8).

Le bruit anormal ressemblait à celui qu'on produit en séparant brusquement les extrémités de deux ongles rapprochés ; il se reproduisait 120 à 136 fois à la minute d'une façon manifeste pour l'entourage, sans cesse ni jour ni nuit.

Il ne s'agissait ni d'un bruit provenant soit des vaisseaux, soit d'un anévrysme, puisqu'il n'y avait ni synchronisme ni phénomène analogue sur le trajet vasculaire. Ce n'était pas non plus un souffle anémique. On avait affaire à une contraction musculaire non du muscle tenseur du tympan, mais du muscle du voile du palais, car on ne voyait pas d'oscillation du tympan, tandis qu'on percevait au doigt la contraction des muscles palatins.

La thérapeutique rationnelle était l'emploi des antispasmodiques. H. G.

OBSTÉTRIQUE

Hernie utérine à travers une cicatrice abdominale, par M. Sperling. — Une femme qui, dans sa seconde grossesse, avait subi l'opération césarienne, devint enceinte pour la troisième fois et pendant le cours de cette grossesse présenta une tumeur abdominale (*Arch. für. Gynæk.*, t. XXXVI, p. 2, 1890).

La tumeur herniaire occupait toute la longueur de la cicatrice opératoire au-dessus du pubis. Par la palpation, il était facile d'en reconnaître la nature. L'accouchement fut normal et s'opéra spontanément sans aucune intervention opératoire. S. R.

De l'emploi de la noix de kola dans l'accouchement, par M. Chambard-Hénin. — Une femme était atteinte de syncopes pendant tous ses accouchements. Au moment du troisième et redoutant les mêmes accidents, l'auteur lui administra préventivement la noix de Kola (*Lyon médical*, 15 mars 1891).

Ces syncopes avaient été aussi redoutables pour l'enfant dans les trois premiers accouchements. Dans le dernier et sous l'influence de cette médication névrosthénique et cardiosténique, il n'en fut plus de même. Notre confrère lyonnais attribue cet heureux résultat au médicament employé. S. R.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE

Du bain froid dans le traitement de la fièvre typhoïde, par M. E. Hare. — L'auteur est un partisan convaincu de la médication de Brandt et déclare que son emploi systématique abaisse considérablement la mortalité typhoïdique dans les hôpitaux. (*The Practitioner*; mars 1891).

Cette proportion serait de 50 pour cent. Les échecs seraient dus le plus souvent à l'époque tardive où on a fait usage des bains froids, ou à des complications (hémorragies, perforations intestinales, etc., etc.).

D'après les statistiques qu'il publie, le pronostic de ce traitement serait plus favorable pour les femmes que pour les hommes.

Ce traitement aurait pour effets — ce sont des mérites que, avant M. Hare, tous ses partisans lui attribuaient — de diminuer la diarrhée et d'agir comme toxique. Il diminue de plus la fréquence des complications : pneumonie, délire, stupeur, syncope, etc. Bref, ce travail est un document à consulter et non pas un mémoire aux conclusions inédites ou originales.

S. R.

Du traitement de la fièvre chez les nouveau-nés, par M. J. Eross. — L'auteur publie les résultats recueillis sur 431 enfants fiévreux de la clinique obstétricale de Buda-Pest.

Dans 102 cas on intervint par l'antipyrine, la quinine ou les bains tièdes. Dans 44,5 pour cent, il s'agissait d'un mouvement fébrile dépendant d'un catarrhe gastro-intestinal et, dans 34,2 pour cent, de causes diverses (*Jahrb. f. Kinderheil*, XXXII, heift 1 et 2, p. 68).

L'antipyrine administrée à raison de 5 à 15 centigrammes toutes les heures, diminuait la température dans l'espace de quatre à cinq heures, abaissait le pouls et le rhytme respiratoire et provoquait la sudation.

A la dose de 5 à 10 centigrammes, la quinine exerçait une action semblable, mais persistante pendant plus longtemps.

Les bains tièdes à 27 ou 30 degrés, durant dix minutes, provoquaient une diminution moyenne de 3,1 degrés de la température dans l'espace de cinq minutes. Pas de collapsus ; mais pour prévenir cet accident, M. Eross avait soin de ne pas les prolonger pendant trop longtemps. Ils avaient pour effet : de procurer le sommeil, de diminuer la somnolence et l'apathie et de régulariser la respiration et les battements du pouls. M. Eross préfère donc la balnéation aux agents antihyperthermiques, quand l'exagération de la température est grande, en raison de la rapidité et de la durée de leur action.

S. R.

De l'arseniate de cuivre dans le traitement des diarrhées lientériques, par M. A. F. Hinz. — Ces essais ont été inspirés par les travaux de Hulde (de Philadelphie) sur l'action du cuivre dans le traitement du choléra (*The Therap. Gaz.*, 10 février 1891, p. 97).

L'auteur prescrit une cuillère à café d'heure en heure de la solution suivante :

Arseniate de cuivre..	0,05 centigrammes
Eau.....	90 grammes

Le lendemain on diminue le nombre des prises et on les administre quatre fois seulement dans la journée. L'amélioration est rapide.

Hulde emploie ce médicament suivant une formule différente. Une partie d'arseniate de cuivre est triturée avec cent parties de sucre de lait. Cinq centigrammes de cette poudre composée sont dissous dans l'eau et constituent une prise du médicament. On peut aussi le formuler sous la forme de pastilles. Ces doses nous semblent trop élevées et il faut se tenir en garde contre la possibilité des accidents toxiques.

S. R.

REVUE DES LIVRES

Nouveaux éléments de pathologie et de clinique chirurgicales, par Fr. Gross, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy ; J. Rohmer et A. Vautrin, professeurs agrégés à la même Faculté, t. I et II. (J.-B. Baillière et fils, Paris, 1890-1891.)

Voilà tantôt quelques mois que le premier volume de l'ouvrage de M. le Dr Gross (de Nancy), a vu le jour que déjà le second le suit. Ceci nous est d'un bon augure pour la terminaison de cette œuvre. Nous le faisons d'autant plus volontiers que nous avons beaucoup d'éloges à adresser aux auteurs, leur livre prête bien peu le flanc à la critique.

Contrairement à ce qui se fait en général, M. Gross aborde immédiatement la pathologie chirurgicale spéciale, pensant que la pathologie chirurgicale générale, en état de rénovation incessante, sera plus fructueusement exposée plus tard. C'est là une manière de faire qui peut être défendue, mais que nous regrettons, parce qu'elle privera les lecteurs des notions générales qu'ils doivent posséder sur les infections chirurgicales en particulier, pour reconnaître et traiter leurs localisations ou leurs manifestations générales.

Le premier volume comprend l'étude des maladies de la tête au point de vue pathologique et clinique. Nous y trouvons un exposé magistral des maladies du crâne et du cerveau, où rien n'est négligé pour donner à l'étudiant et au praticien un aperçu aussi exact que concis des données nouvelles que nous possédons. Les parties qui ont trait aux maladies des yeux, des oreilles et du nez présentent les desiderata inévitables, maintenant que ces sujets sont devenus l'objet d'études très approfondies.

Dans le second volume, nous trouvons décrites les maladies du cou et du tronc. Partout des aperçus cliniques et thérapeutiques très justes et bien au courant des données actuelles de la chirurgie. Nous avons lu avec grand intérêt les pages qui se rapportent aux affections de l'abdomen et en particulier aux plaies de l'intestin grêle. Le lecteur y trouvera une discussion judicieuse des cas si difficiles qui peuvent se présenter à son observation.

Le livre se termine par l'exposé des affections du rectum et de l'anus.

En résumé, œuvre bonne et utile, pour les élèves, qui pourront rapidement se mettre au courant des principales questions de la pathologie et pour les médecins, qui y trouveront un excellent guide clinique et thérapeutique.

Dr E. Schwartz.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

La médication artérielle de l'aortite aiguë. Ses indications

Se trouve-t-il toujours des sceptiques pour prétendre, avec M. Constantin Paul, — « que la symptomatologie de » cette affection n'existe pas encore », — ou, avec M. Jaccoud, — « qu'il n'y a pas lieu d'admettre l'aortite aiguë » comme une maladie autonome ? »

Dans l'affirmative, on perdrait son temps, cela va de soi, à s'attarder au diagnostic et au traitement d'une affection aussi hypothétique.

Eh bien ! non. Les faits cliniques sont décisifs; les travaux contemporains ont jugé la question. Malgré l'autorité de savants respectés et le silence un peu trop voulu de quelques auteurs classiques, l'aortite aiguë ne

Digitized by Google

passe plus pour une maladie de convention, servant seulement de prétexte aux disputes doctrinales.

Elle possède une individualité clinique facile à établir par les observations de Franck, Bouillaud, Stockes, Chevers, Leudet, Lancereaux, Brouardel, Bucquoy, Léger, Desnos et autres. Elle a une physionomie dont M. Huchard (1) a magistralement et définitivement retracé les traits principaux dans son beau livre sur les maladies du cœur et des vaisseaux. Elle comporte donc des indications thérapeutiques : quelles sont-elles ?

Je les trouve dans un mémoire que j'ai publié en 1885 (2), à propos d'un malade observé dans le service de ce dernier. Je les trouve encore dans l'enseignement de ce maître aimé qui, le premier, en 1883, annonçait, comme il l'a démontré complètement depuis, la place « légitime et importante » que cette affection a prise depuis quelques années dans la clinique.

Par définition, l'aortite aiguë est une maladie inflammatoire.

De plus, l'anatomie pathologique le démontre, c'est une *artérite à marche envahissante*. Au début, comme lésions initiales : endaortite avec coloration gris rougeâtre et plaques gélatiniformes sur la tunique interne de l'artère; mésaortite avec épaississement et infiltration cellulaire de sa tunique moyenne; enfin, périaortite avec vascularisation de sa tunique interne.

L'inflammation se propage-t-elle par contiguité et par continuité? Ici, il y aura de l'endocardite ou de l'artérite des vaisseaux collatéraux; là, de la névrite cardiaque ou de la péricardite.

Ce tableau anatomo-pathologique n'est plus à faire. Sans grand effort, on en conclut à l'emploi de la *médication antiphlogistique*. C'est une première indication.

Il y en a d'autres. Cette artérite envahissante est aussi *oblitérante*. De là, des troubles circulatoires fonctionnels : les uns par ischémie de divers territoires vasculaires; les autres par rétrécissement du calibre des artères ou par angio-spasme. Au cœur, on observe des phénomènes angineux et des syncopes en rapport avec la coronarite et l'ischémie myocardique; au poumon, des dyspnées par rétrécissement des artères bronchiques; au cerveau, des vertiges et des lypothymies par artérite carotidienne; ailleurs, dans les territoires irrigués par le tronc brachio-céphalique ou la sous-clavière, l'inégalité et le dichronisme des pouls radiaux; ailleurs, encore, des pseudo-gastralgies (Huchard) ou la claudication intermittente des extrémités par rétrécissement du tronc cœliaque, des artères iliaques et de leurs ramifications.

D'autres phénomènes morbides se rapportent à l'hypertension artérielle, telles la dilatation aortique, l'aorte forcée, et, échéance souvent observée, les cardiopathies aortiques.

Il y a donc une *médication artérielle* de l'aortite aiguë; cette conclusion s'impose. C'est la seconde indication thérapeutique à retenir.

Est-ce tout? Non, il reste l'indication pathogénique à laquelle la *médication hygiénique* doit satisfaire.

L'anatomie pathologique et la physiologie en donnent les raisons. En abrégé, les voici.

L'aortite aiguë est une maladie *à répétition*. Elle évolue par poussées successives.

De ses causes, les unes : arthritisme, alcoolisme, tabagisme, saturnisme, syphilis, variole (Desnos, Huchard, Brouardel), fièvre typhoïde, scarlatine, rougeole, aiment, on l'a dit, « les artères », prédisposent à l'artérite et conduisent volontiers aux dégénérescences vasculaires.

Les autres sont occasionnelles : la fatigue, l'effort musculaire, le choc traumatique, la ménopause (Bucquoy). Dans ces états morbides ou physiologiques, il y a augmentation de la tension artérielle.

Enoncer ces fait suffit pour établir le rôle considérable de la médication hygiénique. Elle interviendra donc, ici comme médication préventive de l'exagération de la tension artérielle et de l'encombrement vasculaire; là, comme médication, sinon curative, du moins modificatrice de la lésion artérielle, qu'elle soit de nature diathésique, toxique ou infectieuse.

Comment formuler la *médication hygiénique* de l'aortite aiguë ?

D'abord, que faut-il proscrire ? Les grands efforts musculaires, le surmenage physique, les émotions, les excès de table, l'ingestion de boissons abondantes, les bières fortes, les vins et les liqueurs très alcooliques, le thé et tout ce qui provoque l'encombrement de la circulation périphérique, l'hypertension artérielle et un travail exagéré du cœur.

Que faut-il ordonner? La stimulation des fonctions cutanées pour augmenter la vaso-dilatation périphérique et soulager l'aorte et le cœur, c'est-à-dire venir en aide au cœur central à l'aide du cœur périphérique. C'est l'œuvre du massage, des frictions sèches ou alcooliques sur la totalité du corps, de la balnéation et des lotions froides, de la gymnastique, mais avec cette précaution de choisir de préférence les exercices passifs, l'équitation, par exemple, et de proscrire les exercices actifs. Par contre, on repoussera cette médication dite : « diétético-mécanique » que récemment Œrtel a voulu remettre en honneur en lui donnant son nom et qui « est nuisible » quand il s'agit de maladies artérielles (1).

Dans le régime alimentaire on s'inspirera de principes analogues : abstinence, je le répète, des liqueurs fortes, des vins alcooliques, du thé dont l'abus, je l'ai montré l'un des premiers, provoque ou exagère les maladies vasculaires, d'aliments indigestes, de boissons trop abondantes et de l'abus du tabac (2).

(1) H. Huchard, Leçons de thérapeutique et de clinique médicale de l'hôpital Bichat (1889, p. 83).

(2) Ch. Eloy. L'aortite aiguë à répétition; son diagnostic et son traitement (*Union médicale*, 1885), et H. Huchard (*Revue de Méd.*, 1883).

(1) Voir : Ch. Eloy (*Union méd.*, 1886, n° 13 : *Revue gén. de clinique et de thérapeutique*, 1888, n° 18 et *Gaz hebd. de méd.*, 1887, n° 38) et (*Union méd.*, 1886) la maladie des buveurs de thé.

(2) Voir, à ce sujet, l'excellent article de M. A. Renault (Hygiène des arthritiques : *Mementos des praticiens*, p. 37, 1891 et *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1887).

Digitized by Google

L'alimentation sera donc légère, peu de substances azotées, point de viandes noires, de préférence des viandes blanches, des légumes frais et herbacés, parfois même, mais non toujours, le régime lacté.

Un régime est en effet nécessaire. Il faut combattre ou prévenir les troubles dyspeptiques. Au besoin donc, le lait, qui est utile comme diurétique, doit céder la place au régime sec, ou tout au moins au rationnement des liquides. Celui-ci, je l'ai écrit dans la *Gazette hebdomadaire* en 1886 et en 1887, est un agent efficace de la médication artérielle. A quoi bon insister?

L'indication thérapeutique s'impose: il faut devancer ou combattre une plénitude vasculaire excessive et suppléer à un rein déjà fermé ou, du moins, devenu indocile à l'action diurétique. Aussi, le régime est tout à la fois un agent curatif des troubles dyspeptiques et l'un des moyens actifs de la médication artérielle.

Autre recommandation, en apparence excessive, mais, en fait, bien justifiée : on se rappellera la prescription de J. Franck, défendant aux malades en puissance d'affections du cœur ou des gros vaisseaux, tout exercice violent du bras gauche.

J'arrive à la *médication artérielle* de l'aortite aiguë. Les *iodures alcalins*, et en particulier l'*iodure de sodium*, sont, cela va sans le dire, les médicaments de choix. Les iodiques ont à la fois des vertus fondantes et des propriétés vasculaires; ils abaissent la pression sanguine; la preuve en a été donnée au lit des malades par *M. H.* Huchard, et au laboratoire, par mes expériences personnelles, confirmant en partie celles de Bogolopoff et de Sokolowsky, et confirmées indirectement depuis par les essais entrepris plus tardivement par M. Lapicque, sous le patronage de M. G. Sée, dans le but de réhabiliter l'iodure de potassium, dont, cependant, la réputation n'avait jamais été compromise par personne.

On prescrira donc l'iodure de sodium qui, possédant les vertus artérielles et résolutives des iodiques, n'exerce cependant pas sur la fibre cardiaque l'action nocive des sels de potasse.

Ici, cette considération est décisive.

Au moment des poussées, on ordonne les iodiques à hautes doses. Dans leur intervalle, il faut encore en continuer l'usage. La potassiémie et la dégénérescence myocardique seraient-elles donc des chimères quand il s'agit d'une telle affection et d'un traitement d'aussi longue haleine?

Pendant les poussées, on administrera donc l'iodure de sodium, d'emblée, à la dose de 2, 3 et 4 grammes par jour, que l'on maintiendra durant deux ou trois septenaires.

Dans leur intervalle, il faut encore continuer la médication iodurée, mais à doses plus modérées. A cet effet, et à l'instar d'une pratique utile dans le traitement de l'angine de poitrine en particulier (1) et de l'artériosclérose en général, j'ordonne quotidiennement, pendant quinze jours chaque mois, l'administration de deux à quatre cuillerées à café de la solution suivante :

Iodure de sodium.....	5 grammes
Eau distillée,.....	100 grammes

Chaque prise est administrée avant le repas et en mélange dans du lait, de la bière ou de l'eau coupée avec du vin.

D'autres artifices de posologie sont destinés à faire accepter les iodures par l'organisme : tels leur ingestion au moment des repas et leur association avec la noix vomique ou l'opium (Huchard) comme correctifs. Je n'insiste point. C'est ainsi qu'on a pu formuler une solution iodurée et opiacée :

Iodure de sodium.....	5 grammes
Eau distillée.....	100 grammes
Extrait thébaïque.....	0,10 centigr.

Un moyen moins classique, mais dont j'ai constaté souvent l'efficacité, consiste à diluer chaque dose de la solution iodurée dans une eau minérale alcaline et, au besoin, d'additionner le mélange de quelques gouttes d'élixir parégorique.

Il y a des cas, on le sait, où l'intolérance pour l'iodure de sodium est absolue; on essaye alors l'iodure de potassium, qui, d'ordinaire, n'est pas mieux accepté; puis la *teinture d'iode* à la dose quotidienne de dix à quinze gouttes dans un vin d'Espagne, ou encore le *sirop iodotannique* à raison d'une ou de deux cuillerées à soupe par jour.

Au demeurant, les iodures alcalins sont les remèdes de choix; les autres iodiques sont des médicaments de nécessité. C'est donc en manière de pis aller qu'on donnera ces derniers.

Survient-il des accidents d'ischémie : phénomènes angineux, syncope, dyspnée, douleurs angoissantes? On doit les combattre encore à l'aide de la médication artérielle, des inhalations de *nitrite d'amyle* qui feront cesser le spasme vasculaire et l'anémie cérébrale, et de la *morphine*, en injections sous la peau, qui diminuera l'anémie bulbaire, et qui, comme eupnéique, soulagera la dyspnée. Elle est, en effet, pour l'aorte, selon une heureuse expression, « ce que la digitale est pour le cœur. » (Huchard).

Pour obéir à cette même indication, on a prescrit le *chloroforme* en inhalations sur un mouchoir et à la dose de cinq à quinze grammes. L'action de ce médicament est rapide, son dosage facile. C'est vrai. M. Vergely (en France), M. Rosembach (en Allemagne), le recommandent contre la dyspnée et la douleur de toutes les affections aortiques. Soit!

Cependant un doute ne vient-il pas à l'esprit avant d'en ordonner l'emploi? Le chloroforme augmente la tension artérielle; or, dans l'aortite aiguë, il y a indication physiologique de la diminuer d'urgence. Hypertension médicamenteuse, d'une part; hypertension pathologique, de l'autre; ce n'est pas là le sens, ce me semble, dans lequel il convient d'interpréter le fameux aphorisme: *similia similibus curantur*. Par contre, c'est tout au plus le moment où, dans des circonstances solennelles, ce chloroforme, remède extrême, pourrait deve-

(1) Voir: *Revue générale de clinique et de thérapeutique* (Traitement artériel de l'angine de poitrine), 1891, n° 2, p. 25.

Digitized by Google

nir, pour ainsi parler, la suprême ressource d'un arsenal thérapeutique épuisé.

Et la *digitale?* (1) Il suffit de mentionner son nom. Elle convient seulement dans la phase d'asystolie: or, à cette période, l'aortique est devenu un cardiaque, et, si on prescrit la digitale, ce sera comme médicament cardiaque plutôt que comme agent de la médication artérielle.

Il en est de même de l'*extrait de strophantus*, à la dose de trois à cinq milligrammes par jour et sous la forme pilulaire. Encore, mêmes indications pour la *noix vomique* et pour la *strychnine*. Toniques musculaires, ce sont des médicaments de soutien pour le cœur forcé plutôt que pour l'aorte dilatée.

Enfin, remèdes plus vulgaires et néanmoins utiles, voici les *diuretiques* et les *purgatifs*. Ils diminuent l'encombrement vasculaire par la soustraction des liquides qu'ils provoquent : ils sont donc des modérateurs indirects de l'hypertension artérielle. On utilisera leur action hydragogue au moment des poussées d'aortite quand, pour diminuer l'excès de tension sanguine, il faut frapper à toutes les portes et, dans l'intervalle des accès, pour en prévenir l'élévation.

Reste la *médication antiphlogistique*. Pour un temps, elle utilisait la saignée ; la saignée était, sous une autre forme, un moyen de réduire l'hypertension artérielle.

La saignée dans l'espèce peut rendre des services, on la prescrira donc parfois, mais exceptionnellement, au titre de médicament artériel et non comme antiphlogistique.

Aujourd'hui on utilise plus volontiers les émissions sanguines locales, sangsues et ventouses scarifiées ; la révulsion temporaire par les ventouses sèches, les pointes de feu, le vésicatoire et la teinture d'iode, ou permanente avec le cautère. D'ordinaire, cela suffit contre l'inflammation aortique, ses répétitions, une névrite ou une péricardite de voisinage.

Bref! depuis que l'hypertension artérielle est devenue l'un des grands facteurs pathogènes des accidents de l'aortite, la médication antiphlogistique de cette maladie a perdu de son importance au profit de la médication artérielle et de la médication hygiénique.

Celles-ci sont de tout instant; celle-là est seulement de circonstance : on l'interrompt en partie entre les poussées, on la renouvelle quand ces dernières se répètent.

En parlant de l'une après avoir parlé des autres, je n'ai donc pas, comme l'on dit, mis la charrue devant les bœufs et si, en commençant, j'ai qualifié d'artériel le traitement raisonné de l'aortite aiguë, on ne saurait m'en faire un crime.

A maladie artérielle, on l'a dit en forme d'aphorisme, c'est la médication artérielle qui, seule, convient.

CH. ELOY.

(1) Voir : H. HUCHARD. Quand et comment doit-on prescrire la digitale? (*Mementos thérapeutiques du praticien*, 1891).

FORMULAIRE DU PRATICIEN

GYNÉCOLOGIE

I. **Du salol comme désinfectant en gynécologie.** — Il est indiqué dans les cas de fistules vésico-vaginales et, en particulier, d'après Marty (de Toulouse), quand ces fistules ont pour origine la propagation d'un cancer utérin avec sécrétions fétides.

Le salol rend l'urine antiseptique, et, cette dernière, par son écoulement, produit, sur la tumeur, l'effet d'un lavage antiseptique.

Comment prescrire le salol dans ce but?

A la dose quotidienne de 2, 3, 5 et même 6 grammes. En continuer longtemps l'usage.

MALADIES VÉNÉRIENNES

II. **L'antipyrine comme antiseptique dans la blennorrhagie.** — C'est sous la forme d'injections uréthrales qu'on l'a conseillée dans ce but.

On peut donc l'associer au sulfate de zinc et obtenir ainsi une injection à la fois antiseptique et astringente. M. Brenisa en a proposé la formule suivante:

Antipyrine	3 gr.
Sulfate de zinc	0 gr.30
Eau de roses }	ãã 60 gr.
Eau de laurier cerise }	

Pour l'usage externe.

MÉDECINE

III. **Gargarisme contre la fétidité de l'haleine.** — Cette préparation emprunte son activité à la saccharine et à l'acide salicylique dont on connait les propriétés antiseptiques.

On la formule ainsi:

Saccharine }	ãã 1 gramme
Acide salicylique }	
Bicarbonate de soude }	
Alcool	30 grammes
Essence de menthe	X gouttes

Dose: une cuillerée à café dans une demi-verrée d'eau préalablement bouillie, pour un gargarisme que l'on répétera plusieurs fois quotidiennement.

S. R.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE. **Société de médecine de Berlin** (11 mars 1891). I. *Traitement des hémorrhagies utérines secondaires.* — ANGLETERRE. **Société de médecine de Londres** (16 et 23 mars 1891). II. *La litholapaxie chez les enfants.* III. *Les propriétés thérapeutiques du peroxyde d'hydrogène.* — AUTRICHE. **Collège des médecins de Vienne** (16 mars 1891). IV. *La tuberculose des organes genito-urinaires.*

I. **Traitement des hémorrhagies utérines secondaires.** — Qu'est-ce qu'une hemorrhagie utérine secondaire? D'après M. CZEMPIN, celle qui se produit ailleurs que sur la muqueuse utérine : telle, dans ce cas, l'hemorrhagie physiologique qui constitue la menstruation.

Parmi les affections où elles se rencontrent, les plus fréquentes sont les maladies de l'ovaire ou des annexes. Elles sont réflexes : la réflectivité exerçant son action sur la muqueuse utérine et la congestionnant.

Digitized by Google

Sont-elles exceptionnelles ? Non, un témoignage de l'observateur allemand, dans la statistique d'une policlinique très fréquentée, les note 44 fois sur 1000 cas.

Quel en est le traitement ? Assurément le curettage utérin n'est pas indiqué. On doit donc s'en tenir aux moyens médicaux. En premier lieu, on traitera l'affection primitive, en vertu de l'adage aussi vrai à Berlin que partout ailleurs : *sublatâ causâ, tollitur effectus*. On tamponnera avec la gaze iodoformée, puis on combattra les troubles menstruels par l'extrait d'hydrastis canadensis, administré pendant le septenaire qui précèdera l'époque menstruelle et celui qui le suivra.

Bref, après avoir entendu cette communication, on se demande quel en a été l'objet ? Il y a des gens qui passent leur temps à redécouvrir l'Amérique, les uns, pour ainsi parler, tout d'un bloc, les autres, en plusieurs fois. M. Czempin appartient-il à l'une ou à l'autre de ces catégories ? En tout cas, en bon Germaine, fidèle aux habitudes teutoniques, il n'a omis qu'une seule chose qui aurait rendu sa communication intéressante : je veux parler de la bibliographie au moyen de laquelle il aurait pu rendre justice aux travaux des savants français sur l'hysdrastis, l'emploi de l'iodoforme, etc.

II. **La litholapaxie chez les enfants.** — Cette opération est en grand honneur auprès de quelques chirurgiens anglo-américains.

C'est surtout dans l'enfance et chez les jeunes garçons qu'elle procure des résultats durables. Cependant, on n'ignore pas et M. Keegen l'admet avec une louable franchise, tout en célébrant ses mérites, que cette opération peut avoir l'inconvénient de laisser dans la vessie, des fragments de calculs. N'est-ce point là le motif pour lequel on évite de l'employer chez les vieillards dont l'hypertrophie prostatique et les diverticules vésicaux font obstacle à l'expulsion des fragments calculeux ?

De plus, elle motive une instrumentation encombrante, compliquée et onéreuse : des évacuateurs, des lithotriteurs nombreux, des mandrins pour les tubes évacuateurs, etc., etc. ; enfin, parfois, quand les débris de calculs s'arrêtent dans le col vésical, l'introduction du doigt dans le rectum pour le refouler dans la vessie, les instruments ne pouvant le faire.

Néanmoins, M. Keegen pratique souvent cette opération : 125 fois sur des jeunes garçons. Le plus jeune avait vingt et un mois, le plus âgé quatorze ans ; la plupart six à huit ans. La mortalité opératoire n'a point dépassé 3,2 pour cent et dans la majorité des cas, la guérison a été obtenue dans l'espace de quatre à cinq jours. Voilà, certes, une série heureuse.

Parmi les accidents de cette opération, il en est un que M. Keegen ne mentionne pas, mais dont M. E. Owen a été le triste témoin. C'est la perforation de la vessie, il en cite un cas. Il faut en conclure que, chez les calculeux dont la vessie est enflammée ou suppurée, il y a lieu de procéder avec les plus grandes précautions à la litholapaxie ou bien d'en ajourner l'emploi.

III. **Les propriétés thérapeutiques du peroxyde d'hydrogène.** — Elles ne sont pas inédites, ce semble ; et M. Richardson, qui se livre en ce moment à leur étude, confirme sans trop les citer, les travaux de savants français, parmi lesquels on ne saurait trop rappeler ceux récents de Baldy et les essais faits dans les hôpitaux de Paris, notamment dans le service de M. Péan.

M. Richardson peut donc s'en inspirer et se rendre compte qu'on a voulu, en France aussi, mettre à profit les propriétés oxydantes de l'eau oxygénée comme antiseptiques, désinfectantes, germicides et désodorisantes.

Il propose d'utiliser son pouvoir oxydant dans l'anémie pour augmenter l'action du fer ; dans la syphilis, pour favoriser celle du mercure ; dans le diabète, pour augmenter la combustion et diminuer la glycosurie ; enfin, dans l'asphyxie des périodes ultimes de la phtisie, pour compenser l'oxygénation insuffisante du sang.

Ajoutons que dans la coqueluche on en a proposé l'emploi comme bactéricide, et que pour obtenir le même effet thérapeutique, on a essayé, dans ces derniers temps, les inhalations d'éther ozonique. Au demeurant, il faut espérer, ce sera son résultat le plus utile, que la communication de M. Richardson à la Société de médecine de Londres décidera les thérapeutes à mieux étudier une substance si active et très vraisemblablement utilisable en médecine.

IV. **La tuberculose des organes génito-urinaires.** — Au point de vue du diagnostic, il importe de tenir compte de la marche de cette tuberculisation et de ses rapports avec la tuberculisation des autres organes. C'est la question que M. Englisch a voulu traiter.

La tuberculose primitive de l'épididyme se développe le plus souvent sans qu'il soit possible d'en reconnaître la cause. Celle des vésicules séminales échappe au diagnostic, à moins d'accompagner l'infection tuberculeuse de la prostate ; de plus, dans cet organe comme dans l'épididyme, les tubercules demeurent latents pendant longtemps et donnent lieu tardivement à des ulcérations.

Il en est autrement des tuberculoses de ces organes quand elles succèdent à une cystite ou à une uréthrite. L'évolution en est rapide. De plus, sous l'influence de l'inflammation des organes génito-urinaires, l'infection tuberculeuse de l'organisme se produit promptement et on constate la succession de poussées granuleuses dont la mort est l'échéance fatale.

Au demeurant, M. Englisch a voulu montrer une fois de plus un fait bien connu dans la pathologie de la tuberculose : l'accélération de l'infection sous l'influence d'inflammations accidentelles. Les tuberculoses génito-urinaires, on s'en doutait bien, ne font pas exception à cette loi : c'est là ce qu'il faut retenir.

K. D.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 9 mars 1891

Présidence de M. le Dr Descroizilles

La correspondance imprimée comprend : la *Gazette de Gynécologie* ; le *Poitou médical*.

M. de Ranse fait une communication sur **les formes du rhumatisme justiciables de la cure de Néris** (Sera publiée).

M. Biron lit une note sur **les hôpitaux marins au point de vue de la prophylaxie morbide et le sanatorium de Ver-sur-Mer.**

La mer agit puissamment sur l'organisme humain par l'air et par l'eau. Ces deux éléments sont infiniment plus actifs chez l'enfant que chez l'adulte, et l'expérience de ce fait a donné naissance à la coutume des saisons de bains de mer. Certes, il est intéressant d'avoir à sa disposition un agent aussi efficace que le traitement marin contre les affections graves des os, des articulations ; mais il est non moins utile de pouvoir agir contre le lymphatisme et la scrofule. C'est là une indication prophylactique dont l'éloge n'est plus à faire. Pour obtenir ce résultat, il suffit souvent de six à huit semaines passées tous les ans au bord de la mer, alors que pour le traitement d'affections déjà développées, des mois, des années, peut-être, sont nécessaires.

Cette prophylaxie des affections scrofuleuses de l'enfance par le traitement marin donne bien souvent, dans la clientèle, de beaux résultats ; mais que de fois aussi

Digitized by Google

il arrive d'en trouver l'indication nette, positive, impérieuse, chez des personnes qui, par leur situation ou leur manque de fortune, ne peuvent procurer à leurs enfants ce moyen de reconstitution?

Depuis longtemps, je regrettais qu'on ne suivît pas en France le système italien. Chez nos voisins, en effet, on trouve échelonnés le long des côtes une série d'établissements appelés *sanatoria*, qui sont proprement des maisons de santé plus ou moins importantes où, sous une surveillance médicale, les enfants font leur cure maritime. L'année dernière, le hasard d'un voyage sur les côtes du Calvados me conduisit à la station encore peu fréquentée de Ver-sur-Mer. Au point de vue du climat, de l'exposition, de la plage, s'y trouvaient réunies toutes les conditions propices au traitement marin, et nous résolûmes d'y fonder un sanatorium destiné à la prophylaxie de la scrofule.

Le choix raisonné d'une plage pour la création d'un sanatorium ne saurait être indifférent. Depuis le Nord jusqu'à l'embouchure de la Seine, les stations sont un peu excitantes, en raison du vent et de la fraîcheur. Puis, on y trouve surtout des galets. La côte de Normandie, au contraire, est sablonneuse, moins froide, plus sédative. A Ver-sur-Mer, notamment, la plage offre une étendue de sable vraiment extraordinaire. De plus, ce qui a quelque importance pour les enfants, il y a beaucoup de varechs. De sorte que le climat pouvant être considéré comme moyen, on peut, sans inconvénient, y recevoir des enfants plus ou moins nerveux. La seule différence, au point de vue du traitement, consistera dans la manière de l'appliquer.

A ce point de vue, quiconque a parcouru nos stations maritimes n'a pu s'empêcher de déplorer l'uniformité du traitement appliqué aux petits malades et surtout le dédain absolu des prescriptions médicales. L'enfant, qu'il soit nerveux ou non, impressionnable ou apathique, est d'emblée mis au régime des bains froids. Vous savez ce qui en résulte.

Dans un sanatorium bien organisé, l'enfant arrive avec une prescription médicale, qui est rigoureusement observée pendant son séjour, sauf modifications apportées par le médecin chargé de sa surveillance. Il y a donc là, au point de vue médical, une garantie certaine.

Le sanatorium de Ver-sur-Mer nous paraît réaliser ces conditions. Il est en bonne exposition et situé à environ trois cents mètres de la plage, au pied d'un côteau, le Mont-Fleuri, que domine un phare. Les enfants y trouveront ce qui constitue une cure maritime complète, à savoir : un local aéré, sain, sans luxe mais propre; une installation qui permettra l'hydrothérapie à l'eau douce ou à l'eau de mer, du bain de mer chaud avec ou sans varechs; un préau couvert, muni des appareils de gymnastique usuelle; une vaste prairie pour les jeux; enfin, une plage sablonneuse d'une étendue peu ordinaire, où les enfants seront conduits aussi souvent que l'exigera le traitement.

Le sanatorium sera pourvu d'une infirmerie qui permettra l'isolement des malades et les soins donnés par un médecin.

Le sanatorium de Ver-sur-Mer est donc une œuvre essentiellement et exclusivement philanthropique, et, par cela même, essentiellement recommandable.

M. Philbert. — La Société ne peut qu'applaudir à l'initiative de M. Biron. L'Assistance publique s'est préoccupée de la même question et elle a tenté la création d'établissements de montagne, où peuvent être envoyés les enfants pour qui le séjour maritime est trop vif. C'est dans cet esprit qu'ont été créées les stations de Salies-de-Béarn, Salins-Moutiers, Salins-Jura.

M. Cazeaux. — L'établissement de M. Biron est à 300 mètres de la mer, n'est-ce pas trop? En temps ordinaire, les auteurs compétents l'admettent, l'action thérapeutique de l'air marin ne dépasse pas 200 mètres.

La durée de séjour de 6 semaines me paraît trop courte; il faut environ 3 mois pour avoir des résultats importants, sérieux. Quelques semaines ne peuvent avoir d'autre effet qu'une action modérément préventive. Peut-être vaudrait-il mieux avoir moins d'enfants et les garder plus longtemps.

M. Biron. — Je répondrai à la première objection de M. Cazeaux, qu'il est nombre d'enfants qui se trouvent mal d'un séjour trop rapproché de la mer. A la fin de la saison et au début, l'air de la plage est très vif ce qui peut avoir des inconvénients; d'ailleurs les enfants seront conduits sur la plage tous les jours, à moins de contre-indications spéciales.

Sur le second point je répondrai que, en parlant de 6 a 8 semaines, je ne précisais rien : j'ai fait allusion au temps habituel de séjour sur les plages. D'ailleurs nous prendrons des enfants plutôt prédisposés aux accidents scrofuleux ou atteints d'accidents légers, que des enfants atteints d'accidents osseux ou autres, graves, exigeant un long séjour.

M. Cazeaux. — Je comprends très bien que M. Biron ait profité d'un immeuble tout créé quoique à une distance peut-être légèrement exagérée de la mer. Il y a entre ce sanatorium et ceux de Salins une différence dans l'action thérapeutique. Le climat maritime s'adresse surtout à l'appareil respiratoire comme porte d'entrée des agents thérapeutiques; Salins a principalement une action externe, révulsive.

M. Morice. — Je crois aussi qu'il vaudrait mieux créer un sanatorium tout près de la mer sauf à l'abriter contre les vents trop vifs. On serait plus certain de l'effet prophylactique et thérapeutique.

M. Biron. — Je rappelle que les enfants seront conduits sur la plage, donc l'objection n'a de valeur que pour la nuit.

M. Groussin. — La distance de l'établissement doit se baser sur le régime des vents qui dominent en ce lieu.

M. Biron. — Les vents d'ouest sont ceux qui soufflent le plus souvent, et l'établissement est à l'ouest.

M. Cazeaux. — Il faut rendre hommage à M. Armingaud qui, depuis une douzaine d'années, s'occupe de la création de sonatoria de ce genre.

M. Descroizilles. — Nous ne pouvons qu'approuver l'initiative de M. Biron, et la Société doit l'encourager. Personne plus que moi ne sait les avantages que la classe enfantine pauvre retire du séjour dans le voisinage de la mer, car je suis en quelque sorte le grand pourvoyeur de Berck-sur-Mer. Sans doute il y a quelquefois des objections à la thérapeutique maritime, mais rien n'est parfait, et Berck en particulier, a rendu les plus grands services. Or Berck est insuffisant; il importe donc d'encourager les créations de l'ordre de celle de M. Biron; on aura plus de places et par conséquent on rendra des services plus grands. Sans doute on a créé d'autres stations que Berck, à Pembrock, à Arcachon, etc., mais elles sont bien éloignées, et les parents ne peuvent, en raison des frais, aller voir leurs enfants.

Digitized by Google

C'est à prendre en considération, car il est pénible d'obliger les parents à être séparés totalement de leurs enfants pendant de longs mois. A mon avis, les établissements maritimes ne devraient pas être éloignés de plus de 200 à 300 kilomètres de la région où se recrutent leurs petits malades.

En résumé, félicitons M. Biron, et souhaitons-lui un plein succès en nous efforçant d'y contribuer de notre mieux.

M. Routier fait une communication sur **un fibrome utérin pris pour un cancer.** Voir p. 189.

M. Schwartz. — La communication de M. Routier est très intéressante Il est exceptionnel que le fibrome ferme ainsi l'orifice, ne permettant pas l'exploration. La rétention des produits de sécrétion les fait s'altérer, d'où l'écoulement fétide qui donne l'idée d'un cancer.

J'ai observé un fait absolument inverse, c'est-à-dire un cancer pris pour un fibrome. C'était une femme de 58 ans, réglée encore, ayant des métrorrhagies, sans *aucune odeur*. Au toucher, on trouvait un orifice cervical entr'ouvert, et une masse dans l'intérieur de l'utérus. L'état général était excellent, et l'idée de fibrome utérin s'imposait.

Je dilatai le col et je trouvai une tumeur en battant de cloche, longuement pédiculée, mais lobulée à la surface. J'enlevai la tumeur, c'était un épithélioma, je fis plus tard l'hystérectomie vaginale totale, suivie de succès.

M. Routier. — Je n'insiste pas sur les tumeurs intra-utérines, et les difficultés qu'il y a à diagnostiquer le cancer intra-utérin; je pourrais citer plusieurs cas où des erreurs ont été commises avec un examen des plus attentifs. J'ai ainsi enlevé un utérus, où l'examen clinique m'avait, ainsi que M. Terrier, conduit au diagnostic cancer; la pièce enlevée fut présentée à M. *Cornil* qui d'abord fut du même avis, mais l'examen microscopique montra que ce diagnostic était erroné. Fort heureusement le succès opératoire, ne laissa rien à désirer. Je le répète, ce n'est pas sur la difficulté de diagnostic des tumeurs intra-utérines que j'insiste actuellement; j'ai établi antérieurement, dans mon mémoire, les difficultés qu'il pouvait y avoir à diagnostiquer le cancer du corps de l'utérus; ce que j'ai voulu montrer, c'est la particularité intéressante de ce fibrome intra-utérin.

Dr E. Potherat.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 *mars* 1891

Présidence de M. le Dr Terrier

Hystérectomie et laparotomie. — M. Reclus partage l'opinion de M. Reclus au sujet de l'hystérectomie; il considère que cette opération est indiquée dans tous les cas où les suppurations des annexes sont nettement bilatérales. M. Reclus passe ensuite en revue les affections dans lesquelles on a coutume d'employer l'une des deux méthodes.

Un certain nombre de chirurgiens reconnaissent que la laparotomie est insuffisante et dangereuse dans les pelvi-péritonites adhésives, à cause de poches purulentes cloisonnées et disséminées dans le bassin. Il est le plus souvent impossible soit de vider, soit d'enlever ces poches; des suppurations interminables, avec trajets fistuleux, peuvent en résulter; il est donc plus rationnel d'enlever d'emblée l'utérus et de faire ainsi le drainage du petit bassin.

Dans l'ovario-salpyngite suppurée aux foyers très adhérents, la laparotomie est, dit-on, supérieure à l'hystérectomie, car elle ne laisse pas de débris de poches dans le ventre. Les faits démontrent qu'il n'en est pas toujours ainsi; l'opération est laborieuse, très longue. L'hystérectomie est, au contraire, plus facile, plus complète.

Dans les petites salpyngites peu volumineuses et peu adhérentes, l'opération est facile par l'abdomen, mais donne des résultats éloignés quelquefois peu favorables. M. Reclus accepterait l'hystérectomie, s'il possédait un diagnostic complet et certain sur la bilatéralité des lésions. Mais ce diagnostic est impossible avant l'ouverture du ventre; il est fréquent de se tromper sur la lésion et son degré de gravité. Mieux vaut donc conserver la laparotomie dans ces cas incertains.

En résumé, l'hystérectomie sera appliquée au traitement des pelvi-péritonites suppurées, des salpyngites purulentes, volumineuses, adhérentes, et des autres lésions inflammatoires bilatérales des annexes.

Si la tumeur est peu volumineuse, on fera la laparotomie; de même si le diagnostic est incertain, le doute profitera à cette dernière opération.

M. Segond résume l'ensemble de la discussion qu'il a provoquée et répond à quelques critiques.

Il constate d'abord que quelques orateurs, M. Reclus, M. Nélaton (communication particulière), partagent son opinion. Un seul, M. Pozzi, lui est tout à fait contraire. Enfin, un dernier groupe, le plus nombreux, comprend ceux qui, comme MM. Bouilly, Terrier, Lucas Championnière, Routier, Reynier, considèrent l'hystérectomie comme une opération exceptionnelle, meilleure que la laparotomie dans certains cas.

Quant à lui, il conserve son opinion; à savoir que l'hystérectomie doit être faite dans tous les cas de lésion bilatérale des annexes. La mortalité opératoire est la même dans les deux cas: l'avenir nous apprendra le pronostic éloigné de cette opération.

L'argument le plus important invoqué contre l'hystérectomie est la difficulté du diagnostic des lésions. Mais quels que soient le siège et la gravité de ces lésions, M. Segond reconnaît que l'hysterectomie ne doit être faite qu'en présence des lésions bilatérales, dont il est presque toujours facile de s'assurer par l'examen indirect.

Traitement de la tuberculose ganglionnaire par le naphtol camphré. — M. Nélaton rend compte d'un travail sur ce sujet envoyé par M. Reboul (de Marseille). La méthode consiste à injecter dans les ganglions tuberculeux durs, ramollis ou franchement suppurées huit gouttes de naphtol camphré. L'opération est renouvelée tous les deux ou trois jours jusqu'à guérison, et ne détermine aucun accident. Sur 27 cas traités de la sorte, M. Reboul a obtenu 21 guérisons.

Dr H. Marciguey

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 *mars* 1891

Présidence de M. le Dr Tarnier

M. Bucquoy lit un rapport sur un travail de M. le Dr Hache (de Beyrouth) sur le traitement de la pleurésie purulente par l'incision de Walther (incision postérieure dans le 7e, 8e ou 9e espace intercostal) et l'abstention des lavages pleuraux.

M. Le Dentu fait observer que c'est sur ses indications que M. Walther a fait ses recherches. Il n'attache pas grande importance au choix de l'espace interscostal, que ce soit le 7e, 8e ou 9e. Mais il insiste sur la nécessité de faire l'incision à la région postérieure. Il est, en effet, très important de toujours placer les incisions à la partie la plus déclive des collections purulentes. Quant à l'utilité des lavages, il faut se souvenir que les pleurésies varient beaucoup de nature et, par suite, de pronostic. Quelques-unes sont infectieuses et entraînent la mort en peu de temps. D'autres sont tuberculeuses et sont également très graves. Dans d'autres cas, la plèvre est

Digitized by Google

encombrée de fausses membranes, et alors les injections ne désinfectent pas la plèvre.

En résumé, dans les pleurésies infectieuses, les lavages sont utiles dès que la température s'élève. Ils sont inutiles dans les pleurésies purulentes simples.

M. Charpentier lit un rapport sur une opération césarienne, faite par M. le Dr Jeannel (de Toulouse), chez une malade atteinte de carcinome du col utérin. F. R.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Congrès français de chirurgie.

Avant-hier, lundi, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, et avec le cérémonial accoutumé, ce Congrès a commencé les travaux de sa cinquième session, sous la présidence de M. le Dr Guyon.

Le nombre des congressistes nous a paru considérable. Cette session sera donc un succès venant après d'autres. Il faut en féliciter les organisateurs de ce Congrès.

C'est M. Guyon qui a prononcé le discours d'ouverture. Cette harangue éloquente est un magistral exposé des progrès récents de la chirurgie. C'est, de plus, une justification de la place de plus en plus grande qu'elle conquiert sur un terrain qui paraissait jusqu'à présent réservé à la thérapeutique médicale. Nous autres médecins, nous pourrions peut-être le regretter, si ces progrès n'étaient à la fois tout bénéfice pour l'humanité et tout à l'honneur de la science française. Laissons donc les retardataires à leurs inutiles regrets ; demandons seulement aux novateurs de mesurer les hardiesses de leur bistouri et ajoutons nos applaudissements à ceux qui ont accueilli le discours et la personne respectée de l'orateur.

En ce temps de réformes médicales nécessaires, on a voulu, je pense, saluer à la fois le professeur et le bienfaiteur de l'enseignement clinique des maladies des voies urinaires. On connaît bien sa générosité en faveur du musée de l'hôpital Necker. Espérons que d'autres brigueront aussi, pour le même motif, et obtiendront, à son exemple, la gloire de mériter le prix Montyon que, récemment, l'Académie décernait au successeur et à l'héritier scientifique de Civiale.

Inutile de résumer le rapport de M. Pozzi. Il rappelle les travaux importants du dernier Congrès, (Voir : *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1889).

Aujourd'hui mardi, deuxième séance générale. M. Horsley, de Londres, a passé le Détroit pour donner une conférence sur la trépanation. Très bien. On remerciera avec nous, j'en suis certain, les organisateurs de ce Congrès qui savent faire de cette réunion une réunion vraiment internationale. Il est bon de prouver que l'Allemagne n'a point le privilège des congrès internationaux et que les rendez-vous scientifiques, dus à l'initiative privée, valent bien les réunions officielles dont l'empire allemand voudrait posséder le monopole.

Dans notre prochain numéro, nous donnerons, sous la rubrique de « Revue des Congrès », une analyse des travaux de ce Congrès dans leur rapport avec la clinique et la thérapeutique et seulement au *point de vue pratique*, qui est celui de ce journal. Ch. Eloy.

INFORMATIONS

FRANCE

La loi sur l'exercice de la pharmacie. — Voici le texte du projet adopté par la Chambre en première délibération. Nous l'apprécierons, en ce qui concerne l'exercice de la médecine, quand il aura été discuté et adopté en seconde délibération.

Art. 1er. — Nul ne peut exercer la profession de pharmacien en France s'il n'est muni d'un diplôme de pharmacien délivré par le gouvernement français à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur de pharmacie de l'Etat.

Art 2. — Désormais il ne sera plus délivré qu'un seul diplôme de pharmacien.

Art. 3. — Les pharmaciens reçus à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne peuvent exercer la pharmacie en France qu'à la condition d'avoir obtenu le diplôme de pharmacien dans les conditions prévues à l'article Ier.

Des dispenses pourront être accordées par le ministre, conformément à un règlement délibéré en conseil supérieur de l'instruction publique. En aucun cas, elles ne porteront sur la totalité des épreuves.

Art. 4. — Les étudiants étrangers qui postulent le diplôme de pharmacien visé à l'article Ier de la présente loi sont soumis aux mêmes règles de stage, de scolarité et d'examens que les étudiants français. Les diplômes et certificats d'études secondaires qu'ils ont obtenus à l'étranger peuvent être déclarés par les autorités compétentes équivalents aux diplômes exigés par les règlements pour l'inscription de stage en pharmacie et pour l'inscription dans un établissement d'enseignement supérieur pharmaceutique.

Art. 5. — Tout pharmacien, avant de prendre possession d'une officine déjà établie ou d'en établir une nouvelle, devra en faire la déclaration et produire son diplôme au préfet du département ou au sous-préfet de l'arrondissement.

Art. 6. — Les internes en pharmacie des hôpitaux et hospices français nommés au concours et les étudiants en pharmacie dont la scolarité est terminée peuvent être autorisés à exercer la pharmacie, sans avoir subi tous les examens, pendant une épidémie ou à titre de remplaçant d'un pharmacien.

Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois. Elle est renouvelable.

Art. 7. — Aucun pharmacien ne peut tenir plus d'une officine ; il ne peut faire dans son officine aucun autre commerce que celui des drogues et des médicaments et en général de tous les objets se rattachant à l'art de guérir. Il doit avoir son nom inscrit sur ses étiquettes et sur ses factures.

Il doit, en outre, indiquer, par une étiquette spéciale, les médicaments destinés à l'usage externe.

Le pharmacien est tenu d'avoir sa résidence habituelle dans la localité où il exerce sa profession.

Art. 8. — Aucune officine ne peut être exploitée en association que sous la forme de société en nom collectif entre pharmaciens diplômés. L'officine doit toujours être tenue personnellement par l'un des membres de l'association.

Tout établissement exclusivement consacré à la fabrication et à la vente en gros des produits pharmaceutiques pourra être exploité soit par une société en commandite simple ou par actions dans laquelle le ou les gérants seront nécessairement pourvus du diplôme de pharmacien, soit par une société en nom collectif dans laquelle le ou les associés pharmaciens seront seuls chargés de surveiller la fabrication et responsables.

Art. 9. — Après le décès d'un pharmacien, sa veuve ou ses héritiers peuvent, pendant un temps qui ne doit pas excéder une année à partir du jour du décès, maintenir son officine ou-

Digitized by Google

verte en la faisant gérer, soit par un pharmacien, soit par un élève agréé par la Faculté ou l'Ecole siégeant dans le ressort de l'Académie où se trouve la pharmacie.

Art. 10. — Toute entente entre un pharmacien et un médecin dans le but d'exploiter une officine ou de vendre un médicament quelconque, est formellement prohibée; toute convention par laquelle un médecin retirerait quelque gain ou un profit sur la vente des médicaments effectuée par le pharmacien est nulle.

Art. 11. — Les médecins établis dans des communes où il n'y a pas de pharmacien peuvent fournir sur place des médicaments aux malades près desquels ils sont appelés et dont le chef-lieu de la commune est éloigné de 4 kilomètres de toute pharmacie, mais sans avoir d'officine ouverte. Dans ce cas, ils sont soumis à toutes les obligations résultant pour les pharmaciens des lois et réglements en vigueur, à l'exception de la patente.

Pour satisfaire aux cas d'urgence, les médecins, même alors qu'une ou plusieurs pharmacies existent dans la localité qu'ils habitent, sont autorisés à avoir chez eux certains remèdes, dont la liste sera dressée par un règlement d'administration publique, qu'ils pourront distribuer à leurs malades dans les circonstances prévues par le même règlement.

Les vétérinaires diplômés ne peuvent tenir officine ouverte : ils sont autorisés seulement à préparer et délivrer les médicaments destinés aux animaux confiés à leurs soins, tout en se conformant aux lois et règlements relatifs aux substances toxiques.

Art. 12. — Toute substance constituant un médicament simple ou composé, sous quelque forme que se soit, peut, sauf l'exception prévue par l'article suivant, être librement délivrée par le pharmacien avec son étiquette et sur la demande expresse de l'acheteur, et ce, sans qu'il puisse être dérogé aux lois sur l'exercice illégal de la médecine.

Le médicament ainsi vendu devra porter sur l'étiquette le nom de la substance ou des substances actives qui en forment la base.

L'obligation relative à cette indication ne s'applique pas aux médicaments préparés pour un cas particulier sur la prescription d'un médecin, rédigée de manière à pouvoir être exécutée dans toutes les pharmacies.

Elle ne s'applique pas non plus à ceux qui sont inscrits dans le *Codex*, à la condition qu'ils soient vendus sous la même dénomination que celle du *Codex*.

Aucun médicament simple ou composé de fabrication française ou étrangère ne pourra être livré au public sans que le nom ou la formule exacte et précise n'ait été déposée à l'Académie de médecine, si elle ne se trouve inscrite au *Codex*.

Tout pharmacien français pourra en prendre connaissance et livrer la substance ou exécuter la formule, sauf à respecter la marque de fabrique adoptée par l'auteur de la formule.

Art. 13. — Sont exceptés des dispositions de l'article précédent, les substances simples toxiques et les médicaments composés doués de propriétés vénéneuses qui sont nominativement désignés dans le décret du 8 juillet 1850 ou qui le seront, soit dans le règlement d'administration publique prévu à l'article 26 de la présente loi, soit dans les décrets ultérieurs.

Ces substances ne pourront être délivrées par des pharmaciens que sur la prescription qui en sera faite par les médecins ou ceux qui ont le droit de signer une ordonnance.

Si les pharmaciens conservent l'ordonnance médicale, ils devront en délivrer, s'ils en sont requis, une copie certifiée conforme.

Toute ordonnance médicale exécutée dans une pharmacie ne sera rendue qu'après l'apposition du timbre de la pharmacie.

En outre, il sera dressé dans le *Codex* une liste de médicaments dont chaque délivrance ne pourra être faite que sur une ordonnance nouvelle.

Art. 14. — Nul autre que les pharmaciens ne peut tenir en dépôt, vendre ou distribuer au détail, pour l'usage de la médecine humaine ou vétérinaire, aucune substance simple ou préparation à laquelle sont attribuées des propriétés médicales ou curatives, sauf les exceptions inscrites aux articles 11 et 15.

Art. 15. — Peuvent être librement vendus par des personnes non pourvues du diplôme de pharmacien certains médicaments simples, d'un usage courant, ainsi que les plantes médicales fraiches ou sèches dont la liste sera insérée au *Codex*.

Il ne sera plus délivré de certificat d'herboriste.

Art. 16. — Il est créé un corps d'inspecteurs de la pharmacie nommés par le ministère compétent sur la présentation du comité consultatif d'hygiène de France, choisis parmi les pharmaciens ayant exercé la pharmacie civile ou hospitalière. Il y aura au moins un inspecteur par département. Les inspecteurs seront assermentés et devront résider dans le département dont l'inspection leur sera confiée. Un règlement d'administration publique déterminera les conditions de l'exercice d'inspection.

Art. 17. — Les associations commerciales et industrielles, les sociétés de secours mutuels, les communautés, les établissements de bienfaisance et ceux reconnus d'utilité publique possédant un personnel nombreux, peuvent avoir une pharmacie pour leur usage particulier seulement, et sous la condition expresse de la faire gérer par un pharmacien qui en aura la direction effective et exclusive.

Ne peuvent, lesdits établissements, associations et communautés, vendre ni même distribuer gratuitement, en dehors de leur personnel, les médicaments autres que ceux dont la vente est libre en vertu de l'article 15.

Les pharmacies des hôpitaux et hospice doivent être pourvues d'un pharmacien. Celui-ci est autorisé à délivrer gratuitement des médicaments, sur l'ordonnance d'un médecin ou chirurgien des hôpitaux, aux malades qui se présentent à la consultation externe.

Tout pharmacien sera tenu de fournir pour le compte de l'Assistance publique, hospices, bureaux de bienfaisance, communes ou départements, les médicaments destinés aux indigents.

Les conditions et les prix de ces fournitures seront arrêtés pour chaque département par un règlement d'administration publique.

Art. 18. — Il est publié, tous les dix ans au moins, une édition de la *Pharmacopée légale* ou *Codex*.

Art. 19. — Quiconque, sans être pourvu d'un diplôme de pharmacien délivré en France conformément à la loi, aura exercé la profession de pharmacien ou se sera immiscé par coopération, association ou tout autre accord dans l'exercice de cette profession, en dehors des cas prévus aux articles 6, 8, 9 et 11 ci-dessus, sera puni d'une amende de 500 à 3,000 francs.

Art. 20. — La peine de l'article précédent est applicable :

1° A la veuve et aux héritiers d'un pharmacien décédé qui auront contrevenu à l'article 9;

2° A l'élève, autorisé par les articles 6 et 9, qui aura exercé en dehors des conditions desdits articles;

3° Aux directeurs, chefs ou administrateurs des établissements autorisés à la gestion d'une officine intérieure qui auront contrevenu aux conditions de cette autorisation;

4° Aux fabricants ou commerçants en gros qui auront, contrairement à l'article 14, débité ou livré directement aux consommateurs des drogues ou préparations pharmaceutiques autres que celles dont la vente est libre aux termes de l'article 15.

Art. 21. — Tout pharmacien qui se sera associé soit avec un

Digitized by Google

médecin, soit avec toute autre personne, en contravention avec les dispositions de la présente loi, pour l'exploitation soit d'une officine, soit d'un remède isolé, sera puni de la même peine que le contrevenant.

Art. 22. — Sera puni d'une amende de 500 à 2,000 fr. tout pharmacien qui aura sciemment délivré des médicaments ou des substances médicamenteuses reconnues détériorées ou falsifiées.

Ces produits seront confisqués et détruits aux frais du contrevenant.

Art. 23. — Toute infraction aux dispositions de la présente loi sera punie d'une amende de 16 à 1,000 fr., et ce, sans préjudice des pénalités de droit commun en cas de crime ou délit.

Art. 24. — L'article 463 du code pénal est applicable à toutes les condamnations prononcées en vertu de la présente loi.

Art. 25. — Dans l'année qui suivra la promulgation de la présente loi, il sera rendu un règlement d'administration publique portant revision de l'ordonnance du 29 octobre 1846 et du décret du 8 juillet 1850.

Art. 26. — La présente loi est applicable à l'Algérie et aux colonies.

DÉPARTEMENTS

Toulouse — **Constitution de la Faculté de médecine.** — Depuis le 1er avril, cette Faculté est constituée. En voici le personnel, nommé uniquement au choix : cela ne s'explique guère dans un pays dont la constitution est démocratique et quand il s'agit, en partie, de pourvoir à des places nouvellement créées :

Professeurs titulaires. — Anatomie : M. Charpy, docteur en médecine ; *Histologie normale* : M. Tourneux, professeur à la Faculté de Lille ; *Anatomie pathologique* : M. Tapié, agrégé des Facultés ; *Médecine opératoire* : M. Labéda, docteur en médecine ; *Médecine légale* : M. Duponchel, docteur en médecine ; *Clinique médicale* : M. Caubet, docteur en médecine ; *Clinique médicale* : M. Mossé, agrégé de la Faculté de Montpellier ; *Clinique chirurgicale* : M. Jeannel, docteur en médecine ; *Clinique chirurgicale* : M. Chalot, professeur à la Faculté de Montpellier ; *Clinique obstétricale* : M. Crouzat, docteur en médecine ; *Pharmacie* : M. Dupuy, pharmacien supérieur ; *Chimie et toxicologie* : M. Frébault, docteur en médecine.

Chargés de cours. — Physiologie : M. Meyer, agrégé de la Faculté de Lille ; *Pathologie interne*. M. André, docteur en médecine ; *Pathologie externe* : M. Pénières, ancien agrégé des Facultés de médecine ; *Thérapeutique* : M. Saint-Ange, docteur en médecine ; *Hygiène* : M. Guiraud, docteur en médecine ; *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques* : M. Artigalas, agrégé de la Faculté de Bordeaux ; *Clinique ophtalmologique* : M. Terson, docteur en médecine ; *Matière médicale* : M. Brœmer, pharmacien supérieur.

Chargé des fonctions d'agrégé. — Médecine : MM. Bézy, Maurel et Rémond, docteurs en médecine ; *Chirurgie* : MM. Secheyron et Vieusse, docteurs en médecine ; *Anatomie et histologie* : M. Bédart, docteur en médecine ; *Chimie* : M. Marie, pharmacien de 1re classe.

Les enseignements de physique, chimie et histoire naturelle de la première année de médecine seront donnés par la Faculté des sciences, à laquelle sont attachés pour cet objet, en qualité de chargé de cours physique : M. Mathias ; chimie, M. Destrem ; zoologie, M. Roule, docteurs ès sciences ; et botanique, M. Lamic, pharmacien supérieur.

On remarquera cette dernière disposition qui est un premier pas dans la voie de la suppression de l'enseignement des sciences accessoires dans les Facultés de médecine.

ÉTRANGER

Angleterre. — **Congrès international d'hygiène et de démographie.** (Session d'avril 1891). *Programme de la section de bactériologie.* Questions à l'ordre du jour : 1° De l'immunité naturelle ou provoquée. 2° De la tuberculose chez l'homme et les animaux.

Communications annoncées : 1° Caractères généraux des microbes. 2° Des rapports des microbes avec les maladies infectieuses : fièvre typhoïde, choléra, malaria, diphtérie, pneumonie, etc., etc. 3° Action des désinfectants.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les docteurs Poupon, Vignole et Clin (de Paris); Voisard (de Vesoul); Bougon (de Pesmes, Haute-Saône); Pissis (de Brioude); Diligence (d'Arques, Seine-Inférieure); A. Collin (d'Etampes) ; Vaysses (de l'Isle-en-Dodon).

En Autriche : MM. Blodig, professeur d'ophtalmologie à la Faculté de Gratz et Regeczy, professeur de physiologie à la Faculté de Buda-Pesth.

En Espagne : M. le Dr A. de Aleu, professeur à la Faculté de médecine de Valladolid.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Boudet. — Contracture hystérique simulant une arthrite du genou (*Province médicale*, 14 mars 1891).

Brosset. — Un cas de néphrite périphérique consécutive à l'influenza (*Lyon médical*, 15 mars 1891).

Charcot. — Des formes frustes de la sclérose en plaques (*Progrès méd.*, 14 mars 1891).

Chavanis. — Observation d'athétose généralisée (*La Loire méd.*, 15 mars 1891).

Finlayson (J.). — Complications exceptionnelles de la fièvre typhoïde (*The American Journal of the Med. Sciences*, mars 1891, p. 224).

Stone (A.-K.). — Comment doit-on détruire les crachats des tuberculeux (*The American Journal of the Med. Sciences*, mars 1891, p. 275).

CLINIQUE OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

Bloud Sutton. — Sur quelques points de la pathologie de la grossesse tubaire (*The Lancet*, 28 février 1891).

Carter Cole. — Une nouvelle méthode de réduction des luxations antérieures de l'humerus. (*The New-York méd. journal*, 28 février 1891).

Dumas. — Examen de la femme pendant la gestation en vue de l'accouchement (*Gaz. des Sciences méd. de Montpellier*, 7 mars 1891).

Fraipont. — Accouchement dans l'hypnotisme (*Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*, février 1891).

Fredericq (S). — Une nouvelle cause de prolapsus du cordon ombilical pendant le travail de l'accouchement (*Annales de la Société de méd. de Gand*, an 1890, p. 319).

Stuart Nairne. — Traitement du cancer utérin (*The Brit. méd. journal*, 7 février 1891).

Granger. — Une observation d'opération césarienne (*The Brit. méd. journal*, 7 mars 1891, p. 515).

Napier (L.). — Une modification à l'hysterorrhaphie contre les procidences utérines séniles. (*The Brit. méd. journal*, 7 mars 1891, p. 516.

Vallace Taylor — Cancer du col de l'utérus et grossesse, hystérectomie. (*The New-York méd. Record*, 28 février 1891).

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE N° 14 8 AVRIL 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, BÉCLÈRE, DEMELIN, DU CASTEL, GINGEOT, Charles MAURIAC, PICQUÉ, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

REVUE GÉNÉRALE

De l'intervention chirurgicale dans quelques maladies de l'intestin

I. *De l'intervention chirurgicale dans les périty phlites.* — II. *De la laparotomie dans l'occlusion intestinale.* — III. *De la laparotomie dans la perforation intestinale, au cours de la fièvre typhoïde.*

Il est un certain nombre d'affections qui formaient autrefois l'apanage incontesté de la pathologie interne et qui tendent à s'en détacher pour entrer dans le domaine de la thérapeutique chirurgicale. A notre époque, où la laparotomie est si fort en honneur, celles surtout qui intéressent le péritoine et le tube intestinal ont eu cette fortune de tenter le bistouri des opérateurs, et plus d'une fois le succès a couronné la hardiesse de l'entreprise. En pareil cas, la technique opératoire appartient tout entière au chirurgien ; mais les médecins ont le droit et le devoir de poser les assises du diagnostic et de statuer sur l'opportunité de l'intervention. Aussi semble-t-il que ces derniers se désintéressent trop de ces questions qui jusqu'à présent ont été traitées presque exclusivement par des chirurgiens. Elles peuvent, à notre avis, sans être déplacées, faire l'objet d'une revue de médecine.

I. De l'intervention chirurgicale dans les périty phlites. — Parmi les maladies de l'intestin, que revendiquent à la fois la médecine et la chirurgie, il convient de citer en première ligne la périty phlite. Les travaux modernes tendent à la rendre uniquement tributaire de l'intervention chirurgicale : il suffit de lire les thèses de Pravaz et de Maurin ainsi que le mémoire de M. Roux (de Lausanne) (1) pour être convaincu de cette assertion. Mais encore faut-il savoir en quoi consiste ce traitement chirurgical et comment il doit être mis en œuvre: autant de questions que se sont efforcés de résoudre MM. Tuffier et Hallion. (*Arch. gén. de méd.*, septembre 1890.)

Et, d'abord, il importe de s'entendre sur le mot périty phlite. Quelques auteurs réservent ce nom à l'inflammation des tissus qui entourent le cœcum et donnent celui de *péritonite appendiculaire* aux lésions qui siègent dans le voisinage de l'appendice iléo-cœcal. Au dire de quelques autres, le nom de *périty phlite* s'appliquerait seulement aux lésions du péritoine péri-cœcal, tandis que l'inflammation du tissu cellulaire voisin se désignerait sous l'appellation de *paratyphlite*. En réalité, ce sont là des subtilités de nomenclature qui n'ont rien à voir avec la clinique, et le terme de périty phlite convient indistinctement aux inflammations péri-cœcales et péri-appendiculaires, qu'elles atteignent le tissu cellulaire ou le revêtement péritonéal.

Pour instituer un traitement rationnel de cette affection, il est indispensable de connaître le processus pathogénique qui lui donne naissance. Le plus ordinairement, la périty phlite est consécutive à une perforation de l'appendice. Cette perforation résulte elle-même de l'inclusion dans la cavité appendiculaire d'un corps étranger de nature variée, tantôt introduit par l'alimentation, comme un noyau de fruit, tantôt originaire de l'intestin ou même formé sur place, comme une concrétion stercorale, un bouchon de mucus, etc. Par un mécanisme que les recherches de M. Talamon ont bien mis en relief, ce corps étranger détermine une ulcération, qui, d'abord superficielle, s'étend en profondeur jusqu'au péritoine. Par bonheur, avant le complet achèvement de la perforation, un travail d'inflammation chronique développe des adhérences entre les feuillets de la séreuse, de telle sorte qu'il se forme un abcès enkysté, dans lequel émigre d'habitude le corps étranger. Cette collection purulente augmente peu à peu de volume et finit par être perceptible à l'extérieur ; mais, souvent aussi, les adhérences trop fragiles se rompent, le pus envahit la grande cavité séreuse, et une péritonite généralisée se déclare.

Ainsi, existence d'un foyer purulent contenant un corps étranger et communiquant par une perforation avec la cavité de l'appendice ; telles sont les lésions fondamentales ordinaires de la périty phlite.

En s'en rapportant uniquement à ces données de l'anatomie pathologique, la conduite à tenir serait relativement simple, et l'opération chirurgicale précoce s'imposerait toujours et sans conteste. C'est, du reste, la règle de conduite que préconisent les Anglais. Mais l'expérience clinique a prouvé qu'au début de la maladie le traitement médical pouvait suffire à enrayer les accidents. Essentiellement constitué par le repos, les purgatifs légers, les révulsifs et l'opium, ce traitement sera donc mis en œuvre de prime-abord. Mais on ne s'y attardera pas trop longtemps, et si, malgré lui, les lésions continuent à progresser, alors se posera la question de l'intervention chirurgicale.

Quand faut-il opérer ? Doit-on attendre qu'on ait la main forcée par l'apparition d'une collection fluctuante et facilement accessible ? Cette manière de faire est recommandée par quelques auteurs, tels que Leyden,

(1) PRAVAZ (*Thèse de Lyon*, 1889) ; MAURIN (*Thèse de Paris*, 1890) ; ROUX (*Revue méd. de la Suisse romande*, 1890).

Digitized by Google

Macdougall, qui allèguent la difficulté du diagnostic dans la maladie commençante et la sécurité que donne à l'opérateur la formation d'adhérences plus solides. Le premier de ces arguments a seul de la valeur, car « la pratique qui consiste à ouvrir le ventre pour aller regarder dessous n'est qu'un pis-aller indigne d'un clinicien ; l'intervention doit être curatrice et non exploratrice ». C'est pourquoi, quand le diagnostic est réellement obscur et que les symptômes se signalent par leur bénignité, on s'en tiendra aux moyens médicaux.

Mais souvent la région pericœcale sera le siège d'une induration qui ne manifeste aucune tendance à rétrograder, la température montera ou affectera le type rémittent; des frissons apparaitront, ainsi que des signes de réaction péritonéale ou même d'obstruction intestinale. En pareil cas, sans temporiser davantage, l'indication formelle est d'opérer.

Une fois l'acte chirurgical décidé, reste à choisir entre deux méthodes, tantôt on portera directement l'incision sur la tumeur cœcale, tantôt on donnera la préférence à une véritable laparotomie.

L'incision directe sur la tumeur respecte la partie libre de la cavité séreuse et n'intéresse que le foyer circonscrit par des adhérences. Cette incision se rapproche le plus habituellement de celle qui est usitée pour la ligature de l'iliaque interne ; mais elle peut être modifiée suivant les besoins, et même, quand le pus aura fusé vers la partie postérieure, on pourra, à l'exemple de Dupuytren, recourir à l'incision de la colotomie lombaire. Sonnenburg a conseillé de pratiquer l'opération en deux temps : on commence par découvrir le péritoine pariétal, puis, à l'aide d'un pansement antiseptique appliqué pendant un jour ou deux, on assure la production d'adhérences ; après quoi, l'on procède avec plus de sécurité à la recherche du foyer purulent. Le pus une fois évacué, on se prémunit contre les récidives par l'extraction du corps étranger, et, s'il y a lieu, la résection de l'appendice ; un drainage sérieux complète enfin l'opération.

Pour ce qui est de la laparotomie, on la pratique parfois involontairement, quand, en incisant sur la tumeur, on ne trouve pas d'adhérences. Certains chirurgiens, Jacobus en particulier, ont, de parti pris, en l'absence de péritonite généralisée, conseillé, pour aborder la périty phlite, l'incision médiane, qui conduit d'emblée dans la grande cavité péritonéale ; cette méthode semble peu recommandable. Il en est de même de la laparotomie exécutée le long du bord externe du muscle droit de l'abdomen, bien que cette dernière incision possède sur l'incision médiane un avantage, celui de permettre une plus facile exploration de cœcum et de son appendice.

II. **De la laparotomie dans l'occlusion intestinale.** — Le traitement chirurgical de l'occlusion intestinale a été l'objet de débats approfondis au sein d'un grand nombre de sociétés savantes, tant en France qu'à l'étranger; la majorité des opérateurs s'est prononcée pour la laparotomie; quelques uns se rallient encore à l'ileotomie, c'est-à-dire à la création d'un anus contre nature. Il ne sera peut-être pas sans intérêt de connaître sur ce point l'opinion d'un chirurgien étranger, le professeur Obolinski.

Dans un important mémoire (*Arch. für klinisch. chirurg. T. XVIII*) (1), cet auteur se montre fervent partisan de la laparotomie. Pour lui, cette opération s'impose pour ainsi dire dans tous les cas. On ne perdra même pas un temps précieux en manœuvres destinées à éclairer sur la nature de l'obstacle. Il faut se contenter du diagnostic général d'occlusion intestinale, et laisser à la laparotomie exploratrice le soin d'élucider chaque cas particulier.

Il est incontestable cependant qu'en mainte occasion des moyens purement médicaux ont suffi à rétablir le cours des matières. Il sera donc légitime d'y recourir au début, mais à la condition que l'attente ne soit pas trop longue; ils ne devront pas être mis en usage plus de vingt-quatre heures dans les formes aiguës ; les délais seront moins restreints dans les formes chroniques. On n'insistera pas trop sur l'emploi des purgatifs, qui provoquent de l'hyperhémie péritonéale et favorisent l'éclosion d'une péritonite. S'il s'agit enfin d'une occlusion d'origine fonctionnelle, liée à l'inflammation d'une portion du tube intestinal, à une typhlite, par exemple, on s'abstiendra de toute intervention sanglante ; et l'on prescrira, à l'instar des médecins anglais, la morphine en injections sous-cutanées, et la belladone à doses faibles et répétées.

Faut-il repousser systématiquement l'entérotomie? Non, car elle reste la ressource suprême dans tous les cas où, soit par suite de circonstances locales, comme l'existence d'un néoplasme diffus, soit par suite de phénomènes généraux, comme l'extrême affaiblissement du malade, il est impossible de supprimer radicalement la cause de l'obstruction. Mais, dit M. Obolinski, l'entérotomie sans laparotomie préliminaire constitue toujours une opération hasardeuse, parce qu'on ouvre toujours la première anse intestinale venue, qui se présente dans le champ opératoire.

Quel que soit le peu de créance que l'on accorde à la clinique, il faut au moins, avant toute intervention, bien s'assurer que l'on a affaire à une occlusion intestinale. Le programme suivant permettra de prendre une décision rapide et raisonnée, ce qui est fort important en pareille occurrence. D'abord, on commencera par scruter les commémoratifs qui offrent ici un intérêt tout spécial. On s'enquerra donc avec précision des points essentiels que voici : depuis combien de temps durent les accidents ; se sont-ils développés lentement ou brusquement ; le malade en souffre-t-il pour la première fois ou en a-t-il déjà présentés de semblables ; y a-t il eu des affections prédisposantes, fièvre typhoïde, péritonite, entérite ; existe-t-il encore de la douleur, et comment est cette douleur ?

Ensuite on se livrera à l'examen du malade : on notera l'état général et la température, la forme du ventre et le degré de sa distension. La forme sphérique de l'abdomen indique surtout un obstacle siégeant au-

(1) Trad. par le Dr Haussmann (*Arch. génér. de méd.*, juillet 1890).

Digitized by Google

dessus du cœcum ; la forme quadrangulaire serait plutôt une preuve que l'occlusion occupe la partie inférieure du gros intestin. Un météorisme très prononcé doit faire soupçonner de préférence un début brusque et d'une grande acuité ; lorsque le ballonnement est médiocre, le processus est plutôt chronique. Des mouvements péristaltiques appréciables et des circonvolutions visibles à travers la paroi plaident pour un obstacle d'origine mécanique ; l'absence de ces signes témoigne surtout d'une imperméabilité fonctionnelle. Les vomissements, la constipation absolue et l'absence d'émission de gaz par l'anus indiquent seulement qu'il y a occlusion ; mais des vomissements fréquemment répétés sont en faveur d'une lésion siégeant en un point très élevé du canal intestinal. L'absence ou la diminution de la sécrétion urinaire doivent faire penser à l'existence d'une péritonite. On n'omettra pas d'avoir recours à la palpation et à la percussion, l'existence d'une tuméfaction douloureuse pouvant grandement faciliter le diagnostic ; enfin on tirera parfois des indications fort utiles de l'exploration manuelle du rectum.

Ces divers points une fois établis, on procédera sans retard à l'opération. Inutile d'insister sur les détails techniques qu'elle comporte et qui sont du domaine de la chirurgie pure. Reste à trancher, en terminant, la question de savoir s'il est toujours nécessaire, pour opérer, de transférer le patient dans des établissements outillés *ad hoc*. A cet égard, il faut établir deux catégories : les gens riches, qui peuvent être entourés chez eux de tous les soins nécessaires, seront sans inconvénients laparatomisés à leur domicile ; quand aux autres, ils doivent être opérés dehors.

III. **De la laparotomie dans la perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde.**— La gravité de la perforation intestinale, au cours de la fièvre typhoïde, est assez connue pour qu'il n'y ait nul besoin d'y insister, et les rarissimes exemples de guérison, rapportés par Murchison, Griesinger, Bühl, etc..., ne sont pas faits pour infirmer l'excessive sévérité du pronostic. Il n'est donc pas étonnant que les médecins, placés en face d'une complication sans miséricorde et frappés de l'impuissance des moyens purement médicaux, aient eu l'idée de faire appel au traitement chirurgical pour tenter de conjurer le dénouement fatal. Cette question a été mise à l'étude plusieurs fois : il suffira de citer un mémoire de Meads, lu à l'Association chirurgicale américaine, et une communication de Nicholas à l'Académie de médecine de Dublin (1889). Enfin, il y a peu de temps, M. Ch. Louis, interne des hôpitaux de Paris, lui a consacré une revue intéressante (*Progrès médical*, décembre 1890).

Leyden est le premier qui, en 1884, ait préconisé l'intervention chirurgicale dans la perforation typhoïdique. Puis quelques tentatives opératoires furent faites par différents chirurgiens, tels que Mickulicz, Lücke, Greig Smith, Escher, Bartlett, Bontecou, Morton, Kimura, etc. Mais il faut avouer que les résultats ne sont pas très satisfaisants : sur une série de onze laparotomies, on compte seulement deux succès qui sont à l'actif de Mickulicz et de Escher ; et encore n'est-il pas bien sûr que les sujets de ces observations fussent atteints de fièvre typhoïde.

Faut-il, pour ce motif, renoncer à toute méthode active ? Non, car on ne saurait refuser à un malade, dont la situation est désespérée, la seule planche de salut qui lui reste, si fragile qu'elle soit. Mais, suivant la remarque de Meads, une condition, indispensable pour réussir, c'est d'opérer de bonne heure.

Il est donc de la plus haute importance de faire un diagnostic précoce de la perforation. Or, existe-t-il des signes certains qui permettent d'y arriver ?

Il est des malades qui, plongés dans un état profond de stupeur, laissent leur intestin se perforer, sans donner lieu à la moindre manifestation réactionnelle. L'accident est alors constamment méconnu. D'autres, au contraire, éprouvent tout à coup une douleur excessivement vive, localisée d'abord au voisinage de la fosse iliaque droite ou de l'ombilic, puis généralisée à tout l'abdomen ; les traits se grippent ; des nausées, des vomissements surviennent ; la température tombe rapidement ; des sueurs visqueuses couvrent le corps ; le ventre se ballonne, etc. Dans ce cas, le diagnostic est assez facile. Mais, le plus souvent, le tableau est loin d'être aussi complet. Plusieurs de ces signes font défaut ou n'apparaissent que tardivement, alors qu'il n'est déjà plus temps d'agir. Du reste, aucun d'eux n'est pathognomonique.

C'est pourquoi nombre d'auteurs se sont efforcés de trouver une manifestation hâtive qui pût, de prime abord, éclairer le médecin. Leube signale la disparition de la matité hépatique ; mais c'est là un phénomène inconstant, qui n'a pas grande signification. Tschudnowsky attribue une grande valeur à un bruit de souffle amphorique, isochrone aux mouvements respiratoires et qui s'entendrait au niveau des fausses côtes ; or, d'après Botkine, ce signe peut exister en dehors de toute perforation. Recherchera-t-on les bruits de glou-glou qu'on peut observer en secouant les malades, ou, à l'exemple de Sem, injectera-t-on de l'hydrogène dans le rectum et l'estomac ? Ce sont là des procédés dangereux et, par contre, peu recommandables. Le signe, trouvé par Levaschoff (de Kazan), mérite une plus grande considération ; il consiste dans la perception d'un bruit hydro-aérique rappelant le bruit que font des bulles d'air qui traversent un liquide et dû au passage des gaz intestinaux à travers la perforation. L'existence de ce bruit permettrait de faire un diagnostic précoce et d'opérer de bonne heure, c'est-à-dire avec les plus grandes chances de succès.

A quel mode d'intervention aura-t-on recours ? Haïce (1) a pratiqué des ponctions répétées de l'intestin pour évacuer son contenu et éviter qu'il ne s'épanche dans le péritoine.

C'est là une méthode inefficace et nocive à la fois. La seule opération logique, c'est la laparotomie. On s'en abstiendra si le malade est dans un état de prostration extrême ; mais, pour peu qu'il y ait une chance minime de guérison, on n'hésitera pas. L'opération devra être

(1) *Australazian médic. Gaz.*, 1888-1889, p. 132.

Digitized by Google

faite avec la plus grande antisepsie ; elle sera aussi rapide que possible : c'est assez dire que les chirurgiens habiles et prompts auront seuls quelque espoir de succès. Après une laparotomie médiane, on cherchera la terminaison de l'iléon dans la fosse iliaque, on fermera la perforation, ou, pour aller plus vite, on créera un anus artificiel; on terminera par la toilette soignée et rapide du péritoine et par le drainage de la cavité abdominale.

EM. TOURNIER,

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

LARYNGOLOGIE

De l'acide trichloro-acétique en laryngologie et en rhinologie, par M. GLEITZMANN. — Cet acide remplacerait avantageusement la galvanocaustique et le thermocautère. Cependant, il exige pour son application des instruments spéciaux (*The New-York, Med. Record*, 10 mars 1891).

L'auteur en a fait usage dans deux cents cas et conclut ainsi, de ses essais :

1° L'acide trichloro-acétique est indiqué quand il s'agit de réprimer des surfaces bourgeonnantes ou des tissus hypertrophiés. Il remplace alors avantageusement le galvanocautère.

2° On peut l'employer, en toute sécurité, dans le cas d'affections laryngées.

3° Les eschares qu'il produit ne sont pas suivies d'accidents.

C'est donc un médicament à essayer, mais dont l'action violente, ajouterons-nous, exige une grande prudence de la part de l'opérateur. S. R.

Des fonctions des sinus de la face, par M. COUETOUX. — Notre confrère de Nantes a essayé, dans cet important mémoire, de résoudre ce problème physiologique assez obscur et, comme conclusion, d'édifier une théorie (*Annales des mal. de l'oreille et du larynx*, mars 1891).

Il déclare que les cellules mastoïdiennes soustraient la membrane tympanique aux effets déformateurs du vide barométrique dû, non pas tant à l'aspiration olfactive contre laquelle la préserve déjà le rétrécissement de la trompe, qu'aux conséquences de ce rétrécissement, lequel coïncide avec le développement de l'aspiration olfactive.

Elles préservent l'oreille d'une réaction trop vive, due à l'afflux d'air (Urbanstchich), mais surtout au vide barométrique.

En revanche, elles soustraient l'individu à la sensation des effets congestifs de ce vide, lorsqu'il est peu marqué et préparé ainsi à l'otite scléreuse. S. R.

MÉDECINE

La nature et la pathogénie du purpura, par M. ROE. — En analysant les travaux sur cette question et ses propres observations, l'auteur formule les conclusions suivantes. (*Med. Record*, 17 février 1891).

La maladie de Werlhoff est probablement de nature infectieuse et causée par le bacille de Letzerich. Dans les cas aigus, elle se termine par l'anémie aiguë, les hémorragies internes ou la septicémie.

Les purpura simple et rhumatismal, ainsi que le purpura scorbutique sont sans doute des degrés de cette infection, modifiée plus ou moins par les conditions générales de l'organisme.

Enfin, les purpuras médicamenteux, anémiques, cachectiques, des nouveau-nés ou de l'endocardite, sont causés par une altération du sang ou des vaisseaux, provoquée ou non par des modifications du système nerveux. Il ne doit donc pas les considérer comme essentiels, ils sont toujours symptomatiques et se rapprochent plus ou moins du purpura hémorragique et de la maladie de Werlhoff. S. R.

De la fréquence des vers intestinaux chez les enfants, par M. J. LANGER. — Les recherches de l'auteur ont porté sur une série de trois cents enfants, habitant la campagne. Il en conclut, d'abord, à la fréquence des parasites intestinaux, plus grande chez ces enfants que chez ceux des villes (*Prager, Med. Woch*, 11 février 1891).

De plus, par ordre de fréquence, il établit ainsi le pourcentage des parasites observés : ascaride lombricoïde (52,03) ; tricocéphale (14,63), et oxyure vermiculaire (7,31). Ce dernier helminthe est plus fréquent dans les villes (11,11).

S. R.

PHARMACOLOGIE

Une formule de limonade vineuse, par M. LAILLEZ. — Elle a été donnée par l'auteur, pharmacien en chef de l'Asile de Quatre-Mares, et elle consiste à additionner avec du vin la limonade à l'acide citrique du Codex. (*Lyon Médical*, 8 mars 1891, p. 347).

En voici la formule :

Sirop d'acide citrique....	100 grammes.
Vin de Bordeaux rouge..	250 grammes.
Alcoolat de citrons	1 gramme.
Eau.....	q. s. pour un litre.

Cette préparation est destinée à remplacer la limonade vineuse au citron. S. R.

Préparation des vernis à l'ichtyol par M. UNNA. — Par leur fluidité, qui permet de les appliquer au pinceau, ces vernis posséderaient de grands avantages en dermatologie. M. Unna les prépare ainsi (*Monat. b. prakt. derm.* 1891, n° 2) :

Vernis simple à l'ichtyol. — En voici la formule :

Ichtyol } àà 40 parties
Amidon }
Solution d'albumine, 1 à 1 partie 1/2.
Eau, 100 parties.

On délaye l'amidon avec l'eau, on ajoute l'ichtyol et ensuite la solution albumineuse.

Vernis phéniqué à l'ichtyol. — Il contient :

Ichtyol.....	25 parties
Amidon.....	50 parties
Acide phénique .	2 parties 1/2
Eau.....	22 parties 1/2

On dissous l'ichtyol et l'acide phénique dans l'eau chaude et on mélange avec l'amidon.

Ce vernis peut être employé aussi pour l'usage chirurgical. S. R.

REVUE DES LIVRES

Leçons de clinique médicale, par M. le Dr H. RENDU. (Paris, 1890, 2 volumes in-8° de 498 et de 547 pages. (Paris, Doin 1890).

Les leçons du premier volume étudient quelques maladies générales (*phlébite puerpérale suppurée, purpura hémorrhagique infectieux, difficultés de diagnostic du début de la fièvre typhoïde, cachexie palustre, goutte saturnine et rhumatisme spinal*) ; quelques maladies de l'appareil respiratoire et circulatoire, telles que : les *pneumonies abortives, la sclérose pulmonaire et la dilatation bronchique, la gangrène pulmonaire, les pleurésies, le cancer primitif du larynx, la péricardite, les anévrysmes de l'aorte, les aortites et l'angine de poitrine*. Ce premier volume est intéressant par les sujets traités et par la manière clinique avec laquelle ils sont étudiés. M. Rendu a montré qu'à sa qualité

Digitized by Google

de bon clinicien il joignait celle d'excellent vulgarisateur, et les divers auteurs ne peuvent que se féliciter de la traduction de leurs principales idées. Les indications bibliographiques ne sont pas cependant toujours complètes, ce qui se comprend, du reste, dans un livre de ce genre ; mais les praticiens regretteront seulement que la partie thérapeutique, sans être sacrifiée, n'ait pas reçu plus de plus amples développements.

Le second volume, qui ne le cède pas en intérêt au premier, renferme des leçons sur les maladies de l'estomac, du foie, de l'intestin, des reins, du système nerveux. *(Dilatation gastrique, congestion hépatique et cirrhose, ictère infectieux, lithiase biliaire, tympanite, hydropisies liées à la diarrhée, néphrites, blennorrhagie utérine, névrites radiculaires, atrophies musculaires, paralysie diphtérique, méningites tuberculeuses secondaires, tabes et hystérie, tremblement hystérique*, etc. Ce second volume montre, comme le premier, les grandes qualités cliniques de M. Rendu, et prouve une fois de plus combien l'enseignement médical dans les hôpitaux pourrait rendre de services aux élèves s'il était sérieusement organisé.

Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié, par M. le Dr Lancereaux. (Un vol. gr. in-8° de 336 pages. Paris, 1890, Lecrosnier.)

Quoique ces leçons aient paru dans divers recueils, elles n'ont pas perdu leur intérêt d'actualité, et il nous suffira de les énumérer pour montrer avec quel profit elles seront lues : *L'endartérite généralisée — Bronchite fétide — Morphinomanie chronique — Les cirrhoses — Les troubles digestifs et nerveux de l'urémie — L'épithélioma de l'œsophage — Le diabète — L'insuffisance hépatique — Le rhumatisme chronique — La goutte et ses principales manifestations.* R. D.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

MALADIES DES ENFANTS

Un traitement de la chlorose infantile

A cet âge, plus encore que chez l'adulte, la médication *hygiénique* constitue le traitement de choix. La *médication ferrugineuse ou arsenicale* en est seulement l'adjuvant.

Avant de prescrire ces médications, il faut, cela va sans le dire, traiter les états morbides originels (convalescence de fièvres ou de maladies aiguës, rachitisme, syphilis, affections chroniques diverses), *fausses chloroses* (1) plutôt que chloroses vraies, et réformer, autant que possible, les conditions hygiéniques et sociales : logement, défaut d'aération, habitudes, etc., dans lesquelles le petit malade vit.

Dans le traitement de la chlorose, comme dans celui des maladies par nutrition retardante, il y a comme cela, dans les villes industrielles surtout, une hygiène sociale que l'on oublie trop volontiers pour se souvenir seulement de l'hygiène physique.

I. **Traitement hygiénique.** — Il consiste dans l'emploi des cures climatériques, des exercices physiques, de la balnéation et de l'hydrothérapie.

Comme *cure climatérique*, Hénoch condamne le bord de la mer au profit de la montagne. C'est une opinion trop sévère et qui, d'ailleurs, ne prévaut pas. On enverra donc les chlorotiques et les enfants de nature molle au bord de l'Océan ou sur la montagne, réservant de préférence aux chlorotiques avec éréthisme nerveux le séjour sur les plages méridionales, dans les vallées ou les plateaux d'altitude modérée. Pendant l'hiver, on recommandera certaines stations méridionales de la France (Amélie-les-Bains, Le Vernet, Saint-Raphaël, Valescure, Grasse, etc., etc.)

Les *exercices physiques* doivent être réglés. Je ne parle point de la marche et de la course au grand air, mais des exercices gymnastiques. Il faut adopter de préférence les mouvements rhytmés qui mettent en jeu les muscles du tronc et du thorax, et qui par leur répétition, augmentent la capacité respiratoire et les diamètres thoraciques.

On prescrira la *balnéation* et l'*hydrothérapie*. Entre l'une et l'autre, il faut discerner.

Les *bains tièdes*, salés, sulfureux ou de mer chauds conviennent de préférence aux chlorotiques avec éréthisme nerveux modéré. Quant aux lotions froides et aux bains froids de mer ou de rivière : on discute. Hénoch a écrit que ces pratiques sont mal supportées et qu'en les ordonnant, on obéit à la tradition ou seulement à l'obligation morale — « de faire quelque chose. » — C'est une opinion trop radicale : l'expérience prouve l'efficacité de ces pratiques chez les chlorotiques mous.

Il convient aussi, cela s'explique, de combiner la balnéation tiède avec la balnéation froide et les lotions froides, surtout au moyen de l'éponge ruisselante. La seule contre-indication se trouve, comme M. Descroizilles l'a montré, dans la prédisposition aux bronchites. De plus, condition de succès, on doit faire suivre ces applications hydrothérapiques par des frictions sèches ou alcooliques, et, au besoin, par un massage léger et méthodique.

Le *régime alimentaire* ne sera pas exclusif. L'abus des viandes est aussi préjudiciable que celui de l'alimentation végétale. Ce qu'il faut au chlorotique, enfant ou adulte, ce sont des aliments de choix, substantiels et de facile digestibilité. A tout prix, on évitera — et, s'il est trop tard pour les prévenir, on combattra —, les dyspepsies et la constipation.

On ne devient point toujours chlorotique en raison des lésions quantitatives du sang ; à preuve, la chlorose des géants, si fréquente chez les enfants israélites obèses ; on le devient par l'estomac et par l'intestin ; témoin : dans l'ectasie gastrique (Bouchard), les altérations du suc gastrique (H. Huchard) (1), la stagnation stercorale (Duclos) (2), etc. Maladie de déchéance, la chlorose est l'une des conséquences du ralentissement de la nutrition. En résumé, contre la chlorose infantile, comme contre celle de l'adulte : le traitement hygiénique, d'abord ; le traitement médicamenteux, ensuite.

II. **Traitement médicamenteux.** — Le temps n'est

(1) E. Barié. Des pseudo-chloroses. (*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1887, p. 53).

(1) Voir : *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1890, p. 165 (Comment doit-on traiter une chlorotique dyspeptique ?)

(2) Duclos. (*Eodem. loco*, 1887, p. 480).

Digitized by Google

donc plus où on pouvait, théoriquement, écrire: le fer, l'arsenic ou leurs succédannés en sont les uniques ressources.

On ordonnera donc, en les associant avec eux, les toniques, les amers, les eupeptiques ou les reconstituants, selon la prescription suivante:

1° Durant la première et la troisième semaine de chaque mois, administrer, avec M. J. Simon, avant les repas, une cuillerée à dessert de vin de quinquina au Malaga coupée d'eau, ou bien, préparation préférable, de vin de quinquina composé du Codex, qu'on additionnera également d'eau.

Pendant le repas, on fera ingérer, avec les aliments, une pincée de phosphate de chaux.

Chez les chlorotiques habituellement constipés, on remplacera ce sel par le vin phosphaté de Baumetz:

Phosphate de soude.....	6	grammes
Phosphate de potasse.....	3	—
Vin de Bagnols	200	—
Sirop d'écorces d'orange amère..	60	—

Une cuillerée à café ou à dessert, suivant l'âge, après les repas principaux.

Ou bien encore, au moment des repas, le sirop ou une solution de chlorhydro-phosphate de chaux, à raison de une à deux cuillerées à café par jour.

2° Pendant la seconde et la quatrième semaine du mois, je remplace le traitement précédent par l'usage des médicaments suivants:

Prendre, en dilution dans l'eau ou dans la bière et à chaque repas, dix gouttes d'une teinture amère composée:

Teinture de noix vomique.....	1	gramme
Teinture de cascarille.....		
Teinture de gentiane.....	ãã 6	grammes
Teinture de rhubarbe.....		

Dans cette préparation, M. J. Simon remplace la teinture de gentiane par celle de colombo.

Pour prévenir la lenteur de la digestion, prescrire l'acide chlorhydrique:

Acide chlorhydrique dilué.....	1	gramme
Sirop d'écorces d'orange amère....	16	grammes
Teinture d'écorces d'orange amère.	5	—
Infusion de cascarille	40	—

Dose: une cuillerée à chaque repas (West).

Au même repas, le malade ingèrera une préparation martiale. Laquelle?

Les eaux minérales naturelles? Bussang, Orezza, Forges, Saint-Alban, etc. Des eaux minérales artificielles? L'eau ferrée: c'est la plus banale. L'eau martiale gazeuse de Trousseau? Elle l'est moins.

Les sels de fer? Au début, M. J. Simon adopte le lactate de fer dragéifié. Le phosphate de fer, sous la même forme, ou bien encore l'électuaire ferrugineux d'Ellis (de Londres) sont mieux indiqués. Ce dernier se formule ainsi:

Hydrate de peroxyde de fer...	60	grammes
Conserves d'orange amère....	40	—
Thériaque.....	20	—

Dose: une demi-cuillerée à une cuillerée à café par jour.

Quelle que soit la préparation adoptée, il faut prescrire le fer, avec les plus grandes précautions, aux enfants âgés de moins de cinq ans.

De plus, pour sa posologie et sa tolérance, on se souviendra encore, avec Hénoch, que les préparations solides s'administrent aux enfants à la dose quotidienne de 3 à 6 centigrammes, et les teintures à raison de X à XV ou XVIII gouttes, en deux ou trois prises, dans les vingt-quatre heures.

On surveillera l'état des selles, leur couleur noirâtre indiquant l'insuffisance d'absorption du médicament, son excès et son élimination sous la forme de sulfure de fer.

Faut-il remplacer le fer par l'*arsenic?* On préférera les solutions ou les sirops arsenicaux. Sous forme de préparations solides, l'arsenic n'est point sans danger chez les enfants.

En résumé, le traitement médicamenteux consiste dans l'alternance des préparations phosphatées avec les martiaux ou les arsenicaux, et leur association avec les amers ou les eupeptiques.

C'est sa raison d'être et souvent son succès.

CH. ELOY.

TRAVAUX ORIGINAUX

HYDROLOGIE

Des formes du rhumatisme justiciables de la cure de Néris (1)

Par M. le Dr F. DE RANSE

Membre correspondant de l'Académie de médecine

Le mot *rhumatisme* est un terme générique comprenant un grand nombre d'états morbides distincts, mais que la clinique a dû rapprocher et réunir en un groupe en raison des affinités, des connexions, des rapports de coïncidence ou d'alternance qu'ils présentent entre eux. Deux conditions dominent leur pathogénie: d'abord une prédisposition héréditaire ou constitutionnelle; en second lieu l'influence des causes extérieures, parmi lesquelles le froid et l'humidité semblent jouer un rôle prépondérant. La notion de cette étiologie a de tout temps engagé les thérapeutistes à opposer à ces états la chaleur, sous ses divers modes d'application, et, de fait, la chaleur est toujours agréable et utile aux rhumatisants. A ce point de vue, la thermalité de certaines eaux minérales devait s'imposer tout naturellement à l'attention des praticiens et des malades. Aussi n'est-il pas une seule source thermale qui ne revendique hautement le traitement des affections rhumatisantes.

Est-ce à dire que les eaux minérales n'agissent, dans ces affections, qu'en vertu de leur thermalité, et qu'il soit indifférent d'envoyer à telle ou telle station telle forme de rhumatisme? S'il en était ainsi, il serait facile d'éviter aux malades des déplacements parfois pénibles et onéreux en instituant chez eux un traitement balnéaire avec de l'eau ordinaire portée au degré approprié. Peut-être quelques sceptiques, attribuant la plus large part, dans les effets d'une cure hydrominérale, aux distractions du voyage, au changement de climat, de milieu, de régime, d'habitudes, seront-ils disposés à être de cet avis: telle ne sera certainement pas l'opinion de ceux qui ont une expérience clinique quelque peu approfondie.

En mettant en regard les modalités si nombreuses du

(1) *Société médico-pratique*, du 9 mars.

Digitized by Google

rhumatisme avec la multiplicité et la diversité de composition des sources thermales, on est *a priori* et logiquement conduit à penser que certaines sources sont mieux appropriées et conviennent mieux que d'autres à un cas donné. L'observation clinique confirme cette conception et, dans l'intérêt des praticiens, dans celui des malades, comme dans l'intérêt bien compris de la station auprès de laquelle ils exercent, les médecins hydrologues doivent poursuivre et serrer de plus près que cela n'a été fait jusqu'à ce jour cette spécialisation des eaux minérales. C'est dans cet esprit que, pour répondre au désir de quelques-uns de nos collègues, j'ai écrit, sur les formes du rhumatisme spécialement justiciables des eaux de Néris, la courte note que j'ai l'honneur de soumettre à la Société médico-pratique. Je dois dire de suite, car loin de moi est la pensée de plaider *pro domo meâ*, que les propositions que je vais développer s'appliquent à la plupart des eaux thermales simples ou indéterminées. Si j'ai pris Néris comme type, c'est que je connais mieux cette station et puis apporter le fruit de mon observation personnelle, déjà longue.

Il va sans dire que, dans un travail de ce genre, je ne saurais passer en revue toutes les modalités, toutes les formes, toutes les variétés que peut revêtir le rhumatisme ; je m'en tiendrai aux grandes lignes, laissant à chacun le soin d'appliquer à tel cas particulier les données générales qu'il m'aura été permis d'établir. Il est nécessaire, néanmoins, pour ne rien omettre d'important, d'adopter certaines divisions et subdivisions ; je le ferai avec discrétion, ne retenant que les formes cliniques qui sont d'observation journalière.

Cela dit, il y a lieu de distinguer tout d'abord, d'après le siège primitif ou prédominant des manifestations morbides, les trois groupes fondamentaux et en quelque sorte classiques des affections rhumatismales : 1° le rhumatisme articulaire ; 2° le rhumatisme extra ou abarticulaire ; 3° le rhumatisme vague ou généralisé (névropathie rhumatismale).

1° *Rhumatisme articulaire.* — Le rhumatisme articulaire se présente sous la forme aiguë, subaiguë et chronique.

Il ne viendra à l'esprit de personne de conseiller ou d'instituer un traitement thermal à la période aiguë du rhumatisme ; mais il en est tout autrement à la période de la convalescence. Assez souvent cette dernière période a une longue durée ; le malade, sans être coupable d'imprudences, subit des exacerbations plus ou moins régulières ou fréquentes, parfois de véritables rechutes, et les différentes médications employées avec succès au début semblent avoir épuisé leur action. L'état général ne se remonte pas et le médecin, déjà soucieux du présent, n'envisage pas sans inquiétude telle éventualité qui pourrait, dans un avenir prochain, ramener les accidents primitifs, provoquer une récidive. Dans ces cas on ne saurait songer à un traitement thermal par des eaux fortement minéralisées dont l'excitation, en amenant une violente secousse, pourrait justement produire ce qu'on cherche à prévenir. Les eaux indéterminées ne laissent pas non plus de provoquer une excitation plus ou moins vive, mais celle-ci est plus facile à dominer, à modérer, à éviter même, que si, malgré toutes les précautions, une poussée aiguë survient; la suspension du traitement balnéaire, le repos, le régime et les prescriptions appropriées ne tardent pas à en avoir raison et, quand le calme est rétabli, les malades peuvent reprendre avec avantage leur cure thermale.

J'ajouterai que les complications cardiaques, dont s'accompagne si fréquemment le rhumatisme articulaire aigu, ne sont pas une contre-indication au traitement thermal. J'avoue que, au début de ma pratique hydrominérale, je n'étais nullement rassuré à ce sujet. Mais je fus témoin d'un fait qui contribua à calmer mes craintes. Une jeune fille, convalescente d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu et atteinte de lésions cardiaques graves qui lui avaient fait prescrire par son médecin l'application de deux cautères à la région du cœur, vient à Néris, et, sans consulter de médecin, entreprend une cure des plus fantaisistes et commet toutes sortes d'imprudences. Une poussée articulaire ne tarde pas à surgir et des accidents vraiment sérieux, presque alarmants, en apparence du moins (la jeune rhumatisante était doublée d'une névropathe), éclatent du côté du cœur. Tous ces symptômes ne tardent pas à se calmer, la malade peut reprendre son traitement, et, bien qu'il ait été incomplet, elle s'en trouve si bien que, l'avant-veille de son départ de Néris, elle a assisté à un bal et dansé une partie de la nuit.

Depuis lors, j'ai eu à traiter un nombre considérable de rhumatisants atteints de lésions cardiaques récentes ou anciennes : je n'ai jamais noté d'accident. J'ai toujours, il va sans dire, procédé avec la plus grande prudence ; j'ai eu parfois à lutter contre des retours offensifs d'endocardite et de péricardite, mais je suis arrivé sans beaucoup de peine à calmer ces poussées et ai pu, sauf de très rares exceptions, reprendre et mener à bonne fin le traitement thermal.

Ici se pose tout naturellement une question : ces lésions cardiaques, qui ne contre-indiquent pas le traitement, sont-elles favorablement modifiées par la cure thermale ? Et, seconde question, qui est un corollaire de la première : s'il en est ainsi, les lésions du cœur consécutives au rhumatisme peuvent-elles, en dehors de toute autre manifestation rhumatismale, constituer une indication à un traitement hydrominéral ?

Cette double question a été l'objet d'un rapport, de plusieurs travaux et d'une longue discussion au sein du Congrès international d'hydrologie et de climatologie de Paris. L'avis à peu près unanime de ceux qui ont pris part à cette discussion est que les eaux minérales, en agissant sur la diathèse ou l'état constitutionnel, modifient favorablement les lésions cardiaques au même titre que les autres manifestations rhumatismales. En ce qui concerne particulièrement les eaux de Néris, je partage volontiers cette manière de voir, car j'ai noté un amendement dans les symptômes cardiaques en même temps que diminuaient ou disparaissaient les symptômes articulaires. Toutefois je dois dire que je n'ai pas eu l'occasion d'observer assez longtemps mes malades pour me

Digitized by Google

prononcer sur les modifications que peuvent subir les lésions organiques consécutivement à la cure thermale.

Ce qui vient d'être dit de la convalescence du rhumatisme articulaire aigu s'applique au rhumatisme articulaire subaigu ; je ne ferais que me répéter, je n'insiste donc pas.

Il ressort des développements qui précèdent une première indication spéciale des eaux de Néris dans le traitement du rhumatisme :

Ces eaux permettent d'instituer favorablement une cure hâtive ou précoce du rhumatisme articulaire aigu (période de la convalescence) et du rhumatisme articulaire subaigu, alors même qu'il existe des complications cardiaques.

Le rhumatisme articulaire chronique présente de nombreuses modalités, dont je me bornerai à énumérer les principales. Au point de vue anatomique, on distingue le rhumatisme chronique ou synovial, constituant, la plupart du temps, ce qu'on est convenu d'appeler l'arthrite sèche; le rhumatisme péri-articulaire ou fibreux, qui produit à la longue des déformations, des rétractions tendineuses, des pseudo-ankyloses, des subluxations; le rhumatisme chronique osseux, dont le rhumatisme noueux est la forme la plus grave, et les nodosités d'Héberden la forme la plus bénigne.

Au point de vue de la symptomatologie générale, le rhumatisme chronique est polyarticulaire ou monoarticulaire, mobile ou fixe.

Au point de vue pathogénique, il coïncide avec divers états diathésiques ou constitutionnels qui exercent une grande influence sur les caractères de ses manifestations et constituent le plus souvent les principaux éléments des indications thérapeutiques.

Pour déterminer, au milieu de formes si diverses, celles qui sont plus spécialement justiciables d'une source thermale, il faut se reporter aux propriétés vraiment caractéristiques de cette source. Or, deux propriétés essentielles caractérisent les eaux de Néris : la thermalité, l'action sédative. Il en résulte, d'une manière générale, que *ces eaux conviennent spécialement au rhumatisme articulaire chronique simple et aux formes dans lesquelles prédominent les phénomènes locaux ou généraux d'irritabilité, d'excitation (hypéresthésies, algies, névropathies)*.

Afin de préciser plus nettement quelques-unes de ces formes, je rangerai à l'actif des eaux de Néris le rhumatisme polyarticulaire mobile, caractérisé plutôt par les symptômes douloureux (arthralgies), que par des lésions plus ou moins profondes des tissus articulaires ou péri-articulaires, alternant souvent avec d'autres manifestations rhumatismales, telles que les myalgies ou myodynies, les névralgies ou névrites, les viscéralgies, et traduisant ainsi un état constitutionnel sur lequel j'aurai bientôt à revenir.

Un état morbide que plusieurs auteurs ont rattaché au rhumatisme fibreux et qui, du reste, est d'une observation relativement rare, la sclérodermie, m'a paru, dans trois cas, heureusement influencé par la cure de Néris.

Les eaux de cette station m'ont donné, dans le traitement du rhumatisme articulaire chronique progressif ou rhumatisme noueux, des résultats très variables, dont il est difficile de tirer des indications bien précises. Il est tel malade chez lequel plusieurs cures successives ont paru produire un temps d'arrêt dans la marche progressive de l'affection, parfois même un mouvement rétrograde plus ou moins accentué. Chez tel autre, qui semblait offrir les meilleures conditions pour retirer un bénéfice réel de la cure thermale, l'effet a été nul. D'une manière générale, on peut dire que le rhumatisme noueux à évolution rapide se montre plus réfractaire au traitement hydrominéral, et que les formes à évolution lente sont d'autant plus favorablement influencées, que la maladie est moins ancienne et que les lésions articulaires sont moins profondes.

2° *Rhumatisme abarticulaire.* — Ce rhumatisme, suivant le siège anatomique des manifestations, comprend deux grandes divisions : le rhumatisme externe ou périphérique, et le rhumatisme interne ou viscéral.

Dans le rhumatisme externe, ce sont les téguments, les vaisseaux superficiels, les muscles, les nerfs périphériques qui sont le siège des localisations. Or, les dermopathies qu'on peut à bon droit rattacher au rhumatisme, telles que la dermalgie, certaines formes d'érythème, d'acné, d'urticaire, etc.; les phlébites superficielles qui se développent dans de petites veines variqueuses et alternent souvent avec d'autres manifestations rhumatismales ; toutes les variétés du rhumatisme musculaire; toutes les névralgies ou névrites périphériques d'origine rhumatismale, ressortissent nettement aux eaux de Néris.

En ce qui concerne le rhumatisme musculaire, on peut faire des remarques analogues à celles qui ont été présentées plus haut pour le rhumatisme articulaire. Les formes aiguës peuvent et doivent être l'objet d'une cure hâtive, dont l'effet est plus prompt et plus durable. Les formes vagues, mobiles, erratiques sont plus sûrement et plus rapidement modifiées. Lee formes fixes sont plus réfractaires et ce sont elles, surtout, qu'il faut attaquer de bonne heure; quand elles ont altéré la nutrition et produit une atrophie ou une dégénérescence des muscles, il est trop tard. J'en dirai autant des névralgies ou névrites qui, traitées dès le début, cèdent généralement à une ou deux cures thermales, mais qui, négligées pendant plus ou moins longtemps, entraînent des lésions trophiques et se montrent alors beaucoup plus rebelles.

Je signalerai en passant quelques affections rhumatismales de l'œil, en particulier certaines formes d'iritis, dans lesquelles j'ai observé d'excellents résultats des eaux de Néris.

Le rhumatisme interne comprend les manifestations qui ont pour siège les centres nerveux et la plupart des viscères.

Il existe, sans aucun doute, des encéphalopathies et des myélopathies d'origine rhumatismales : les phénomènes nerveux si variés qui caractérisent le rhumatisme vague, généralisé, constitutionnel, en sont la preuve.

Digitized by Google

Ces altérations fonctionnelles tiennent probablement à des troubles circulatoires dans les centres nerveux ou leurs enveloppes. Faut-il rattacher au rhumatisme des lésions plus profondes de ces centres et admettre, par exemple, des myélites rhumatismales? Je ne saurais ici aborder la discussion de ce point. Ce que je puis dire et affirmer, c'est que l'appropriation des eaux de Néris aux maladies du système nerveux les indique tout naturellement dans les manifestations cérébro-spinales du rhumatisme.

Beaucoup de viscéralgies (gastralgie, entéralgie, hystéralgie) et certaines formes de dyspepsie gastro-intestinale ont une origine rhumatismale non douteuse. Elles alternent le plus souvent avec les manifestations du rhumatisme externe; comme celles-ci elles sont parfaitement justiciables des eaux de Néris.

3° *Rhumatisme vague, généralisé, constitutionnel.* — « Nous réunissons, dit M. Besnier, dans son excellent article *Rhumatisme*, du Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales, sous la dénomination de *rhumatisme vague*, une série de manifestations morbides qui peuvent représenter, sous une forme atténuée, la série complète des affections du rhumatisme que nous avons passées en revue jusqu'ici, avec cette particularité que ces manifestations, surtout abarticulaires, affectent communément le système nerveux externe ou interne, qu'elles existent rarement seules et identiques pendant une longue durée, et que, au contraire, elles se succèdent, alternent ou parfois coexistent chez un même sujet, avec des caractères de mobilité dans l'expression symptomatique, en même temps que de permanence dans l'individu, tout à fait remarquables. »

Ce type clinique se rencontre fréquemment; il constitue ce que quelques-uns ont appelé rhumatisme nerveux, et d'autres névropathie rhumatismale. Il traduit une association intime de la disposition rhumatismale et du nervosisme; il forme ainsi un état constitutionnel hybride, mais assez nettement défini. Je n'ai pas besoin d'ajouter qu'il rentre dans les indications les plus spéciales des eaux de Néris.

Le rhumatisme constitutionnel ne revêt pas toujours la forme vague, indécise dont il vient d'être question. J'ai observé, entre autres, l'an dernier, un malade qui était comme la synthèse vivante des différentes modalités du rhumatisme. Manifestations articulaires subaiguës, musculaires aiguës, névralgiques, cardiaques (endocardite), vasculaires (phlébite), oculaires (iritis), médullaires (légère parésie), coexistaient en même temps. Je ne cite que pour mémoire l'état général anémique et névropathique. Après une crise fort pénible, provoquée par l'excitation de la première période de la cure, le malade a ressenti une notable amélioration dans tous les symptômes.

J'aurais pu, à l'appui de chacune de mes propositions, rapporter de nombreuses observations, mais j'aurais demesurément allongé mon travail. Pour ceux qui n'aiment à baser leur opinion que sur des faits, je les renverrai aux observations contenues dans mes publications antérieures. J'ai pensé qu'ici, en faisant connaître simplement les résultats d'une longue pratique et les enseignements que j'en ai tirés, je pourrais joindre la clarté à la concision. Et, pour résumer en quelques mots, qui se graveront plus facilement dans l'esprit, ce que je viens d'exposer, je terminerai par les conclusions suivantes :

Cures hâtives dans la convalescence du rhumatisme articulaire aigu et dans le rhumatisme articulaire subaigu, sans crainte des complications cardiaques ;

Mobilité, acuité douloureuse des manifestations locales, leur coïncidence ou leur alternance avec des phénomènes névropathiques locaux ou généraux, dans le rhumatisme articulaire chronique ;

Formes à évolution lente et à une période encore peu avancée du rhumatisme noueux ;

La plupart des variétés du rhumatisme abarticulaire soit externe ou périphérique (dermalgie et certaines dermopathies ; rhumatisme musculaire, plus particulièrement les formes aiguës, mobiles, erratiques; phlébites, névralgies ou névrites), soit interne ou viscéral (troubles circulatoires des centres nerveux, viscéralgies, certaines formes de dyspepsie gastro-intestinale, etc);

Rhumatisme vague, généralisé, constitutionnel (rhumatisme nerveux des uns, névropathie rhumatismale des autres), association de la double disposition rhumatismale et névropathique :

Telles sont les indications principales, telle est la spécialisation des eaux de Néris dans le traitement des différentes formes du rhumatisme.

REVUE PROFESSIONNELLE

L'Association générale en 1891. — *Situation financière.* — *Situation morale.* — *Avant l'Assemblée générale du* 4 *avril* 1891.

Selon l'usage, l'Association générale a tenu, dimanche et lundi dernier, ses assises annuelles.

Le cérémonial de ces réunions ne varie pas. C'est tout au plus si, d'une année à l'autre, le menu du banquet diffère. Cependant, les institutions sont comme les hommes, elles vieillissent, mais, plus heureuses que ces derniers, elles peuvent en se renouvelant se rajeunir.

Dans cette république constitutionnelle où le président très heureusement reste, mais, hélas! ne gouverne point; un seul conserve l'attribut de la jeunesse: c'est ce premier magistrat, par sa générosité inépuisable. Il faut en féliciter M. Henri Roger; il faut aussi nous en féliciter nous-mêmes.

A côté de ce Président inamovible par le cœur et le dévouement, il y a des ministres responsables. Ce cabinet ne se renouvelle guère, M. Brun, trésorier perpétuel, est toujours aux Finances, il le mérite bien d'ailleurs. M. Riant, secrétaire général, conserve, —comme qui dirait —la Présidence du conseil. Quant à M. Lereboullet, on ne peut pas admettre qu'il a renoncé à l'Intérieur, ni que M. Motet a cessé d'être Garde des sceaux et ministre de la justice, après les rapports qu'ils viennent de publier.

Digitized by Google

Est-ce un bien? Il y a des gens pour regretter cette stabilité ministérielle. Ce sont même d'excellents esprits. Dans leur ardeur pour le progrès et le dévouement pour nos institutions sociales, ils voudraient que le gouvernement de notre fédération professionnelle fît plus, sinon mieux et parfois autrement.

D'une année à l'autre, cette opinion recrute des partisans. Ne serait-il pas temps de lui donner satisfaction dans la mesure du possible? Par ses statuts, l'Association des médecins de France passe, à bon droit, pour être une institution libérale et démocratique. N'est il pas téméraire, on me pardonnera cette expression, car, sous ma plume, elle ne veut pas être hostile, de soumettre une démocratie au règne du *non possumus?*

C'est une réflexion qui vient à l'esprit et un danger que l'on prévoit, quand, après la lecture des rapports de MM. Riant, Lereboullet, Motet et de notre distingué confrère M. Worms, on essaie de rendre compte de la situation économique et morale de l'Association générale.

I. **Situation économique.** — Le bilan de l'Association augmente d'année en année. Sur ce point, tout le monde ne peut qu'applaudir et remercier le trésorier.

Il s'élève, en fin d'exercice 1890, aux chiffres suivants :

Capitaux de la Caisse générale.....	Fr.	90.000
Caisse des pensions viagères.....		1.411.807
La Société centrale et les Sociétés locales ...		1.061.602
Total....		2.563.409

En outre, les rentes qui appartiennent à ces différentes Caisses, en supposant qu'elles fussent capitalisées à 4 0/0, représenteraient un total d'environ 210.000 fr., ce qui porterait l'ensemble des capitaux de l'Association à 2.774.409 fr.

D'autre part, en 1890, l'Association a donné les secours suivants :

La Caisse des pensions viagères a servi, après la dernière Assemblée générale, 87 pensions, dont 86 de 600 francs, et une pension de 300 francs de rente. En outre, les secours accordés par la Société centrale et les Sociétés locales à des sociétaires, veuves ou filles de sociétaires et à des personnes étrangères à l'Association, forment un total d'environ 57.885 francs.

Pour juger des services rendus par l'Association, M. Riant a fait le total des sommes accordées de 1881 à 1890, sous la forme de secours temporaires et de dispensations d'assistance.

Cette démonstration, un peu superflue, personne ne contestant l'étendue des services rendus, établit que durant cette période les Sociétés fédérées ont distribué 1.041.006 fr. 38 cent. en secours, et 122.100 francs de rente sous la forme de pensions.

Un million et demi a donc été mis à la disposition des confrères malheureux : comme œuvre de charité, l'Association a fait ses preuves. Qui donc en a jamais douté?

II. **Situation morale.** — Comme œuvre d'assistance professionnelle, peut-on en dire autant? Sur ce point délicat, un certain nombre de nos confrères pensent différemment et estiment que l'Association doit et peut faire autrement.

L'année dernière, on s'en souvient, M. Lereboullet a vait, au nom d'une Commission, et dans un rapport, aussi étudié que discuté, essayé de démontrer l'impossibilité de résoudre la question des *Assurances contre la maladie.* On sait aussi qu'après des incidents inutiles à rappeler, une nouvelle enquête fut décidée.

Elle consista à soumettre à chaque Société locale le questionnaire suivant :

1° Votre Société locale se prononce-t-elle pour la création d'une caisse d'assurances contre la maladie?

2° En cas d'affirmative, combien pensez-vous que la nouvelle institution puisse compter d'adhérents parmi vos co-associés?

3° Le président et le trésorier de votre Société, s'ils étaient adhérents à l'œuvre nouvelle, consentiraient-ils en cette qualité à l'administrer et à la gérer?

Cinquante-cinq Sociétés ont répondu: treize favorablement, en acceptant « le projet Lagoguey, le projet de la Société de l'Oise ou celui de la Gironde »; et trente-deux négativement, en refusant, non pas le principe de l'Assurance-maladie, mais « la création d'une caisse d'assu- « rances à laquelle celle-ci accorderait son patronage. »

Le résultat de l'enquête n'a donc pas été favorable, on l'avouera sans peine, à l'Assurance-maladie ; mais, enfin, cinquante-cinq Sociétés seulement consentant à donner leur témoignage, c'est peu! En vérité, quelle est la cause du silence des quarante ou cinquante Sociétés qui se sont tu? Ce silence témoigne d'une sorte d'indifférence pour la question et de la crainte d'imposer aux sociétaires une cotisation plus élevée. M. Lereboullet semble adopter cette interprétation. Ce serait l'avis de ses collègues. Reste à savoir s'il est celui de tout le monde.

Voici les conclusions du rapport de M. Lereboullet :

La Commission élue l'année dernière vous avait déclaré que l'Association générale ne pouvait, dans l'état *actuel* de la législation, assumer la responsabilité de créer et d'administrer une caisse d'assurances donnant à tous ceux qui verseraient une cotisation déterminée à l'avance le *droit absolu* d'obtenir, en cas de maladie, une indemnité fixe. Le Conseil général, dont le devoir est d'écouter les avis et d'accepter les vœux de la majorité des membres de l'Association, ne peut, après la consultation nouvelle qu'elle vient de provoquer, que maintenir l'opinion qu'il avait émise il y a un an.

En 1890, on disait déjà : *non possumus;* en 1891, on répète encore *non possumus.*

N'y avait-il donc une meilleure satisfaction à donner aux Sociétés qui voudraient mettre à l'essai cette forme d'assistance mutuelle ou en prendre l'initiative à l'instar de M. Lagoguey à Paris ou de M. Lécuyer dans l'Aisne?

Autre question. On demandait au Conseil général de mettre à l'étude les améliorations et les changements à apporter dans la pratique de la médecine légale.

Le Conseil général y répond par un rapport de M. Motet, dont voici les conclusions :

1° Il y a lieu de créer dans chacune des Facultés de médecine de France, un enseignement supérieur de la médecine légale.

Cet enseignement qui sera complet dans le cours d'une année, aura pour sanction, après examen, un diplôme spécial délivré par M. le Ministre de l'instruction publique.

2° Les médecins-experts, appelés à déposer devant les Cours et les tribunaux à l'occasion des opérations médico-légales auxquelles ils auront procédé, seront toujours considérés comme experts, et ne seront jamais assimilés aux témoins.

Digitized by Google

3° Que, dans l'intérêt de la bonne administration de la justice, pour la dignité de la profession médicale, il soit enfin procédé à une revision équitable du tarif de 1811, en ce qui regarde les expertises médico-légales.

C'est très bien. Cependant, dans cette formule on a voulu rendre connexes deux questions différentes : l'une est très urgente et intéresse tous les praticiens; il s'agit de règler la situation professionnelle des médecins appelés comme experts devant les tribunaux. Elle est de la compétence du Ministre de la Justice.

L'autre est d'ordre universitaire et consiste, idée chère surtout aux professeurs de médecine légale des Facultés, à créer un nouveau diplôme. Le Ministre de l'Instruction publique peut seul la résoudre.

Ainsi formulé, ce vœu devrait donc aller d'un ministre à l'autre et chacun d'eux, le retournant à son collègue, on peut, sans être prophète, redouter, comme réponse provisoire, et en attendant que les deux administrations se soient mises en accord, un ministériel *non possumus*!

Passons à d'autres vœux :

La Société de la Loire-Inférieure avait proposé le vœu suivant :

L'Association générale des médecins de France, continuant à poursuivre son but de prévoyance et de secours mutuels, prêtera son concours le plus large à la création ou au développement des œuvres suivantes :

1° La caisse de secours en cas de maladie ;

2° La caisse des pensions de retraite du corps médical français ;

3° La caisse dite des victimes du devoir professionnel.

Le Conseil général répond :

Il est impossible à votre Commission de proposer la prise en considération des vœux présentés par la Société de la Loire-Inférieure.

La Société de l'Indre présente le vœu suivant :

L'Assemblée générale de l'Indre exprime son regret de ne pas voir créer entre médecins une caisse de retraite qui pourrait fonctionner dans des conditions plus avantageuses que celles offertes par les Compagnies d'assurances sur la vie.

On répond :

Tout en rendant hommage à la pensée qui a suggéré, à nos confrères de l'Indre, l'idée d'une telle combinaison, nous la croyons absolument irréalisable avec les ressources dont l'Association dispose. Les Compagnies d'assurances n'arrivent à remplir leur programme qu'à la faveur de capitaux énormes fournis par des primes annuelles très importantes et de certaines chances plus avantageuses pour les Compagnies que pour les assurés, dans le détail desquels il serait inopportun d'entrer et dont une association entre médecins ne saurait pas tirer parti.

Enfin, la Société de Castres et la Société de la Mayenne ont exprimé le vœu de voir un plus grand nombre de médecins de la province faire partie du Conseil général.

Le Conseil général répond toujours négativement.

La Société de la Mayenne désirerait qu'ils en constituassent la moitié L'art. 10 § 5 de nos statuts, fixant aux 2/3 au moins les membres du Conseil devant résider à Paris, ce vœu ne peut être pris en considération, vu son caractère anti-statutaire.

Nous avons, au contraire, l'honneur de vous recommander celui de la Société de Castres, qui s'en rapproche. Il nous est parvenu trop tard pour pouvoir être discuté actuellement. Mais, après avoir été mûrement étudié, il pourra être soumis à vos délibérations à notre prochaine réunion.

Ici, *non possumus*, parce que le vœu est tardif; là, *non possumus* parce qu'il est antistatutaire; ailleurs, *non possumus* peut-être encore, parce qu'il arrive trop tôt.

Comment s'étonner du silence de trop nombreuses Sociétés quand il s'agit de répondre au Conseil général? Par un académique euphémisme, on le met sur le compte de « leur indifférence »; ne serait-ce pas plutôt, hélas ! je le répète, un autre sentiment qui l'inspire, celui d'un désappointement trop souvent renouvelé?

(*A suivre*) Ch. E.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES FRANÇAISES

LYON : **Société des sciences médicales** (février 1891) I. *Dystocie par rigidité syphilitique du col utérin.* — MONTPELLIER : **Société de médecine et de chirurgie pratiques** (25 février 1891) II. *Traitement de l'entropion avec trichiasis externe.*

I. **Dystocie par rigidité syphilitique du col utérin.** — La rigidité spasmodique ou anatomique du col utérin est une cause de dystocie. On le sait. Il y a aussi des dystocies par rigidité pathologique : telle est celle dont M. BLANC rapporte une observation.

Cette femme en était à son troisième accouchement : les deux premiers avaient été normaux. La moitié antérieure du col était indurée et sclerosée et sa dilatation minime. Il fallait intervenir : M. Blanc incisa latéralement le col, appliqua le forceps, et retira un enfant vivant.

Notre distingué confrère lyonnais rappelle que la rigidité syphilitique peut être due à un chancre laissant après sa guérison une induration profonde, à la localisation sur le col de plaques papulo-érosives, ou bien à des accidents tertiaires.

Pour expliquer la rareté de cette rigidité par rapport à la fréquence de la syphilis, on peut invoquer les raisons suivantes : il est nécessaire que la femme ait eu des accidents sur le col, et que ces accidents aient eu une certaine dimension. De plus les soins médicaux produisent une modification plus ou moins grande des accidents syphilitiques.

Pour remédier à cette dystocie, il faut pratiquer des incisions sur le col. Celles-ci doivent porter d'emblée jusqu'à l'insertion du vagin. A ce moment, la tête est suffisamment fixée pour qu'on n'ait pas à redouter de déchirures plus grandes. Au contraire, de petites incisions nécessitent des déchirures, et on ne sait pas dans quelle direction celles-ci se feront.

Après l'accouchement, il est préférable de faire la suture du col pour éviter l'hémorrhagie et les accidents septicémiques ou éloignés.

II. **Traitement de l'entropion avec trichiasis externe.** — On connait la résistance de cette affection aux divers traitements. M. TRUC, comme le montre un de ses externes M. CHATINIÈRE, dans une observation, préfère le procédé opératoire de Gayet à ceux de Dor et de Watson, par la sûreté de ses résultats.

En voici la technique :

Retourner la paupière, dédoubler le bord ciliaire en une lame antérieure, musculo-ciliaire et une postérieure (tarse et conjonctive). Prendre sur la face antérieure cutanée un lambeau se terminant en pointe sur la partie médiane de la paupière, tandis que sa base reste adhérente latéralement. Disséquer ce lambeau et l'interposer dans le dédoublement du bord ciliaire. Suturer la plaie laissée par l'enlèvement de ce lambeau et fixer ce dernier dans sa nouvelle position.

Digitized by Google

Le redressement des cils et la tarsoplastie rendent, c'est là son avantage, le procédé définitif.

Est-il toujours indiqué? Il y a deux cas à distinguer: trichiasis externe et interne, médian et total.

1° Trichiasis externe et interne: opération de Gayet sans hésiter.

2° Trichiasis médian et total: la longueur qu'il faut donner au lambeau palpébral faisant craindre un sphacèle, l'opération de Gayet semble contre-indiquée, et alors on emploie le procédé de Jonh-Arlt en détachant en outre un lambeau palpébral qu'on isole entièrement et qu'on interpose dans le dédoublement ciliaire. On fait encore ainsi de la tarsoplastie si par bonheur le lambeau ne se sphacèle pas.

R. D.

REVUE DES CONGRÈS

Cinquième session du Congrès français de chirurgie

Du 30 Mars au 4 Avril 1890.

INTERVENTION DANS LES AFFECTIONS DES CENTRES NERVEUX. — **Craniectomie chez les microcéphales,** *chez les enfants arriérés et chez les jeunes sujets, avec ou sans crises épileptiques.* — M. LANNELONGUE (de Paris). Dans ce travail qui repose sur une série de vingt-cinq opérations, avant d'exposer la technique opératoire, l'auteur indique d'abord dans quelles affections cette méthode peut être appliquée.

Microcéphalie proprement dite. — Après avoir examiné plusieurs crânes de microcéphales, il a constaté l'ossification avancée des sutures, en même temps que l'étroitesse des fontanelles. Chez un nouveau-né, les fontanelles étaient même fermées à la naissance. On peut donc dire que chez les microcéphales, l'ossification des sutures est anticipée, et alors même qu'on admettrait que la marche de l'ossification dépend surtout de l'activité cérébrale, il n'en reste pas moins certain que si la synostose crânienne est très avancée et définitive avant l'heure, l'évolution cérébrale sera frappée à son tour d'un arrêt parallèle ou définitif.

Les autres états morbides pouvant être modifiés par la craniectomie sont nombreux: tantôt congénitaux, tantôt n'apparaissant que dans les premières années de la vie. Le traumatisme y remplit un certain rôle. La compression dite obstétricale a été constatée à la naissance chez un certain nombre d'idiots ou d'arriérés; antérieurement à la naissance le crâne peut aussi être comprimé dans la cavité utérine lorsqu'il y a absence ou pénurie des eaux de l'amnios. Il présente alors des déformations caractéristiques; elles consistent en deux dépressions situées en deux points opposés: l'une correspondant au point où la paroi utérine a exercé la compression, l'autre dans le point où le crâne est venu s'appliquer sur une partie fœtale, l'épaule le plus souvent.

Les hémorrhagies méningées des jeunes sujets, surtout celles de la convexité, amenant des hématomes, des pachymeningites de la convexité et, par transformation du foyer sanguin, des kystes séreux, relèvent de cette opération. Il en est de même de certaines hyperostoses dues à la syphilis héréditaire, de certaines formes d'hydrocéphalie avec épaississement des os du crâne et fermeture prématurée de la cavité.

M. Lannelongue a employé deux procédés de craniectomie: linéaire et à lambeau; il pratique de plus en plus ce dernier. Sous le nom de craniectomie à lambeau, il désigne les pertes de substances du crâne combinées de manière à dessiner des lambeaux qui restent adhérents par une base osseuse plus ou moins large; ils ont la forme d'un U, d'un V renversé, d'un rectangle... La perte de substances est large de 8 à 11 ou 12 centimètres. La durée moyenne de l'opération est de 40 à 45 minutes. Le crâne est attaqué à l'une des extrémités de la plaie par une couronne de trépan, puis on se sert de pinces coupantes pour diviser l'os. On peut laisser la dure-mère intacte au fond de la plaie, mais s'il y a pachyméningite, il est bon de faire des mouchetures ou même l'ouverture du foyer. L'opération se fait sans accidents; il n'y a pas d'hémorrhagie abondante; les os sont sectionnés assez facilement, malgré leur épaisseur.

Sur 25 opérations, M. Lannelongue compte 24 guérisons opératoires et 1 mort par septicémie aiguë. Le plus jeune enfant avait huit mois, le plus âgé douze ans et demi.

Quant aux résultats définitifs, le plus grand nombre des petits opérés ont été améliorés, soit au point de vue intellectuel, soit au point de vue de la marche.

M. TH. ANGER (de Paris) a fait une craniectomie chez une enfant idiote âgée de 8 ans; elle marchait à peine, avait des mouvements désordonnés, parlait à peine, et était à peu près insensible au monde extérieur. Seule les fonctions organiques s'accomplissaient régulièrement; cependant elle avait de l'incontinence des matières fécales. M. Lannelongue, auquel cette enfant fut montrée, pensa que le cas n'était pas justiciable d'une opération.

Cependant, sur les instances des parents, M. Anger se décida à intervenir. Le côté gauche du crâne présentait un certain aplatissement, ce fut sur ce point que porta l'opération: résection de la voûte crânienne sur une longueur de 11 centimètres s'étendant de la bosse frontale à la suture lambdoïde et sur une largeur de 4 centimètres, ponction de dure-mère saillante au fond de la plaie, puis suture de la peau. Les suites de cette opération furent très-simples. Dès le lendemain, l'enfant cessait de laisser aller sous elle; quelques jours après, elle demandait à manger, reconnaissait ses parents. Ramenée chez elle, elle a continué à faire des progrès, et il n'est pas douteux que l'intelligence commence à se developper.

M. MAUNOURY (de Chartres). — Il faut attendre un certain temps pour connaître les résultats définitifs de la craniectomie: ceux-ci peuvent être nuls, alors que les résultats immédiats ont paru favorables.

Le 20 octobre dernier, il opérait une petite fille microcéphale de 4 ans, présentant un état général fort rudimentaire: elle ne pouvait ni marcher, ni mâcher ses aliments, ni parler; elle poussait des cris incessants, les membres supérieurs étaient animés de mouvements convulsifs. Après l'opération, l'enfant devint calme, commença à relever la tête, à manger convenablement, à se soutenir seule.

L'époque où elle allait pouvoir marcher, semblait prochaine, lorsque deux mois après l'opération tous les symptômes reparurent progressivement et l'idiotie redevint telle qu'elle était avant l'opération.

Trépanations pour épilepsie et paralysie. — M. DURET (de Lille) rapporte un cas d'épanchement sanguin du cerveau dans lequel il fut amené à faire la trépanation, non pas par l'existence de stertor et d'hémiplégie, mais d'après l'existence d'une aphasie motrice, sans aucun trouble de l'intelligence et de la motilité. Il s'agit d'un jeune garçon boucher de 15 ans qui fut projeté d'une voiture et tomba sur la tête. Il perdit connaissance pendant vingt minutes, puis retourna chez lui. Quinze jours après, il devint complètement aphasique; intégrité de l'intelligence, légers troubles parétiques et hémi-anesthésiques à droite.

M. Duret diagnostiqua un épanchement sanguin, comprimant la troisième circonvolution frontale gauche et les régions motrices voisines. Le crâne fut trépané, au lieu d'élection, à quatre centimètres au-dessus du conduit auditif externe: incision de la dure-mère; on trouve au-dessous d'elle un épanche-

Digitized by Google

ment mêlé de caillots et de sérosité sanguinolente. Nettoyage du foyer avec la curette de Wolkmann et l'eau boriquée tiède, drainage de la plaie. Dès le quatrième jour, le malade pouvait répondre par monosyllabes ; au dixième jour, il prononçait des lambeaux de phrases : au douzième jour, il se levait et pouvait vaquer à ses travaux. Malheureusement, le vingt-deuxième jour, à la suite d'un excès de boisson, il fut pris d'une attaque convulsive et mourut.

M. Girard (de Grenoble). — Une femme de 29 ans, épileptique depuis l'âge de 14 ans et mère de cinq enfants morts d'épilepsie, dans un accès de délire se tire un coup de revolver dans la tempe droite : coma, perforation du crâne à 45 millimètres en arrière de l'apophyse orbitaire externe. M. Girard pratique la trépanation et enlève le projectile, puis suture la peau. Guérison complète, non seulement du traumatisme, mais encore des mouvements épileptiques.

En effet, depuis cinq mois, les grandes crises, qui avaient lieu seulement une fois par semaine, n'ont pas reparu. Les vertiges sont devenus plus rares, on n'a observé qu'une seule absence.

M. Broca (de Paris). — Il y a trois indications principales de la trépanation en dehors des accidents traumatiques immédiats :

1° On se guide sur une lésion extérieure ;

2° On va à la recherche d'une lésion cérébrale, d'après nos connaissances sur les localisations cérébrales ;

3° On opère sans être conduit par la méthode des localisations, mais en connaissant le siège de la lésion et le point par lequel il convient de l'aborder. L'hydrocéphalie se rattache à ce dernier cas.

M. Broca est intervenu dans ces trois types de lésions. Il a d'abord drainé un ventricule latéral gauche hydrocéphalique en trépanant le crâne à trois centimètres au-dessus et en arrière du conduit auditif externe et en ponctionnant à ce niveau. Ce procédé a bien réussi.

Voici une autre observation : monoplégie brachiale spasmodique infantile ; contracture athétosique du membre supérieur gauche due à la sclérose cérébrale ; depuis quatre ans, crises d'épilepsie jacksonnienne ayant leur point de départ au niveau du pouce. M. Charcot pensa que cette épilepsie partielle avait pour origine une lésion surajoutée à la sclérose cérébrale, un kyste probablement. Il y avait donc lieu de croire que la trépanation pourrait faire cesser l'épilepsie. Cette opération fut exécutée ; le kyste fut trouvé et drainé sur le centre moteur du membre supérieur gauche. Toutefois, l'épilepsie n'a pas entièrement cessé ; l'opération est restée sans effet, comme on devait s'y attendre, sur la sclérose cérébrale.

Enfin, M. Broca a pratiqué la trépanation secondaire chez un homme atteint de fracture compliquée du crâne, pour laquelle une première trépanation avait déjà été faite. A la suite de cette première intervention, il s'établit une fistule crânienne et de l'épilepsie jacksonnienne localisée à la mâchoire inférieure et au membre supérieur gauche. M. Broca enleva la partie osseuse infectée et fut assez heureux pour guérir la fistule, mais non pas les accès d'épilepsie dont l'intensité fut moindre.

M. Michaux de Paris) présente une observation de trépanation suivie de guérison, pour un cas d'hémorragie méningée non traumatique. Un homme est amené à l'hôpital Baujon en état d'apoplexie complète, avec hémiplégie faciale gauche et paralysie du membre supérieur droit Les jours suivants, la paralysie s'étend au membre inférieur droit ; des convulsions épileptiformes surviennent, d'abord limitées aux régions paralysées, puis bientôt généralisées. L'examen du malade révèle l'absence de tout signe de fracture du crâne ou de traumatisme crânien. D'autre part, cet homme est un absinthique renforcé qui boit, depuis deux ans, 6 à 8 verres d'absinthe par jour, qui a des éblouissements, des céphalées très intenses. L'état général devenant très grave, M. Michaux appliqua trois couronnes de trépan sur la ligne rolandique gauche, au travers desquelles il incisa la dure-mère. Aussitôt s'échappèrent de gros caillots noirâtres dont la quantité peut être évaluée à deux cuillerées à bouche. Pansement iodoformé, réunion.

Le malade s'améliora rapidement, et un mois après on constatait la disparition de la plupart des symptômes paralytiques.

Cette observation montre que, dans les hémorragies méningées spontanées avec symptômes de localisation, la trépanation peut donner d'aussi bons résultats que dans les hémorragies traumatiques.

Fistule de la région sacrée, avec issue au liquide céphalo-rachidien. — M. Verneuil (de Paris) a observé une jeune fille de 16 ans, chez laquelle une fistule s'était spontanément établie depuis plusieurs mois dans la région sacrée ; cette fistule avait succédé à la rupture d'une petite tumeur de la région et avait été précédée d'une sciatique gauche.

M. Verneuil pensa qu'il s'agissait d'une ostéite avec séquestre probable de la troisième vertèbre sacrée. Le 6 octobre il opéra cette malade dans le but de ruginer la vertèbre et d'enlever le sequestre qui ne fut pas trouvé. Les bords du troisième trou sacré postérieur paraissaient atteints d'ostéite et furent ruginés. Les suites de cette opération furent très simples ; mais, dès le lendemain de l'opération, la plaie fut le siège d'une exsudation très considérable, qui continua les jours suivants.

M. Verneuil apprit alors que déjà à plusieurs reprises, depuis l'ouverture spontanée de l'abcès, il s'était produit de ces écoulements séro-purulents. Le quatrième jour, l'opérée tomba dans un coma profond ; elle n'avait ni fièvre, ni vomissements, mais présentait une dyspnée très vive sans lésion thoracique. La malade, depuis l'ouverture de la tumeur, avait déjà eu des accidents de ce genre. L'analyse chimique démontra que le liquide répandu sur le pansement n'était autre que le liquide céphalo-rachidien. Néanmoins, la fistule finit par se rétrécir considérablement et la malade put quitter l'hôpital presque guérie.

Occlusion intestinale par un calcul. — M. Thiriar (de Bruxelles) Une femme de 51 ans, très nerveuse, atteinte d'un fibrôme utérin et sujette à la constipation, fut prise, à la fin du mois d'août dernier, d'arrêt complet des matières et des gaz. Les symptômes d'une occlusion intestinale aiguë ne tardèrent pas à apparaitre ; l'état général devenant très grave, M. Thiriar pratiqua la laparotomie médiane le 6 septembre. Une tumeur située dans le flanc gauche fut attirée au dehors ; c'était un calcul du volume d'un petit œuf enclavé dans l'intestin, qui était contracté sur lui et l'emprisonnait. Une incision de 6 à 7 centimètres permit de retirer ce calcul ; l'intestin fut ensuite désinfecté avec soin et fermé à l'aide d'une double suture de Czerny-Lambert. La paroi abdominale fut ensuite fermée par une suture à triple étage. Le cours des matières se rétablit très rapidement et, le soir même, la malade allait à la garderobe ; quatre jours après, la guérison était complète. Le calcul était formé en grande partie d'une masse centrale de cholesterine et de couches périphériques calcaires. M. Thiriar pense que ce calcul est tombé directement de la vésicule biliaire dans l'intestin, où il s'est entouré de sels calcaires.

Angiome orbitaire, endo-infection typhique. — M. Panas (de Paris) communique une observation d'angiome orbitaire, chez une fillette de 7 à 8 ans, qui, pendant le cours d'une fièvre typhoïde, devint le point de départ d'un phlegmon de l'orbite. En présence de l'intensité de l'inflammation il fit l'enucleation de l'œil atteint d'exophthalmie et constata que l'angiome était le foyer primitif de la suppuration. Le pus fut examiné et contenait de nombreux bacilles d'Eberth. Il s'agissait donc d'une infection spontanée de l'angiome par le bacille de la fièvre ty-

Digitized by Google

phoïde, analogue aux abcès de la fièvre typhoïde dans lesquels on a déjà retrouvé la présence du bacille spécifique.

Pathogénie et traitement de la fièvre urineuse. — M. Lavaux (de Paris), après avoir rappelé que la pathogénie de la fièvre urineuse est restée obscure jusque dans ces dernières années, aucune des théories émises n'ayant permis de donner une explication satisfaisante de cette grave complication des affections des voies urinaires, fait connaître les résultats de ses recherches sur ce sujet.

En 1887 il publie un travail dans lequel il soutient pour la première fois que la fièvre urineuse lui paraît due à la pénétration, dans le torrent circulatoire, des microbes pathogènes contenus dans les voies urinaires ; que la mort, qui survient parfois très rapidement dans ces cas, est le résultat d'une infection de l'organisme.

Il rappelle que cette *théorie de l'infection* a été confirmée depuis par de nouvelles observations cliniques, par la bactériologie et l'expérimentation. Il constate que ces dernières ont même permis de préciser la cause de la fièvre urineuse en démontrant l'existence de poisons bactériens pyrétogènes, poisons solubles, et il conclut de la façon suivante : « Lorsque l'accès » fébrile survient très peu de temps après une opération pra- » tiquée sur l'urèthre ou la vessie, il est probable qu'il est » uniquement dû à la pénétration dans le torrent circulatoire » des *poisons bactériens* contenus dans les voies urinaires. » Plus tard, au contraire, la fièvre urineuse est due, au moins » en grande partie, aux poisons produits par les bactéries qui » ont pénétré dans l'appareil circulatoire, bactéries dont la » pullulation serait extrêmement rapide. »

Passant ensuite au *traitement préventif de la fièvre urineuse*, il rappelle ce précepte formulé par M. le Dr Bouchard : « Si le poison est sécrété sur une surface accessible, il faut » l'évacuer ou le précipiter, empêcher qu'il soit absorbé. » Il montre que le traitement local ou direct permet seul de répondre efficacement à cette indication et qu'il y répond d'une façon simple, immédiate et rapide dans presque tous les cas. En effet, après avoir débarrassé l'urèthre des poisons bactériens qu'il contient, si cet organe présente un calibre suffisant, la cavité vésicale peut être soumise à des lavages abondants et répétés soit à l'aide des anciens procédés, soit en pratiquant ces lavages *sans sonde*. Si l'urèthre est trop rétréci, ce dernier procédé permet encore d'intervenir d'une façon efficace.

M. Lavaux insiste sur la nécessité, pour éviter la fièvre urineuse, de répéter ces lavages dans les vingt-quatre heures, surtout lorsqu'il existe de l'urétro-pyélo-néphrite, et de recourir à un liquide antiseptique peu irritant et non douloureux. La solution saturée d'acide borique lui paraît le liquide de choix à employer.

En résumé, pour ce chirurgien, la fièvre urineuse est due à la pénétration dans le torrent circulatoire des *poisons bactériens* et des *bactéries* contenus dans les voies urinaires. Quant au *traitement préventif* de cette grave complication des maladies des voies urinaires, il consiste, suivant lui, à *évacuer ces agents septiques* à l'aide de lavages abondants et répétés de l'urèthre et de la vessie.

(*A suivre*) Dr H. Marciguey

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 avril 1891

Présidence de M. le Dr Labbé.

De la présence de la tuberculine dans les exsudats tuberculeux. — M. Debove a traité deux malades atteints de péritonite tuberculeuse avec épanchement par l'injection intra-abdominale d'eau boriquée saturée. L'un de ces malades, qui avait fait le sujet d'une communication à la Société l'année dernière, a guéri, tandis que, chez l'autre, l'épanchement s'est reproduit, ce qui n'avait rien de surprenant, étant donné le degré avancé des lésions. Ces deux malades ont présenté des phénomènes généraux, sur lesquels il veut attirer l'attention.

Le premier, quelques heures après l'injection, eut une ascension notable de température (T. 40°1) avec état général grave. Le lendemain la température était retombée au chiffre des jours précédents, et tout rentra dans l'ordre habituel. Mêmes phénomènes généraux graves après l'injection chez le second malade, la température monte à 41°2 ; puis même défervercense le lendemain.

Quelle était la cause de ces phénomènes généraux si subits ? On ne pouvait incriminer une poussée immédiate de péritonite tuberculeuse, ni l'action de l'acide borique toujours bien supporté par l'organisme.

M. Debove imagina alors la théorie suivante. L'injection a déterminé une irritation du péritoine sous l'influence de laquelle une partie de l'exsudat a été résorbé, et cette résorption a été la cause des accidents. Cette manière de voir trouve sa confirmation dans les travaux de Koch, qui injecte aux malades un liquide provenant de la culture de bacilles tuberculeux et provoque, sous l'influence de la tuberculine, une réaction analogue. Autrement dit, il considère l'exsudat péritonéal comme un liquide de culture bacillaire susceptible de produire des symptômes semblables à ceux obtenus par le liquide de culture *in vitro*.

Il s'agissait alors de vérifier cette théorie. L'ascite s'étant reproduite chez le deuxième sujet, M Debove fit une ponction et filtra sur un filtre Pasteur le liquide recueilli, pour en assurer la conservation, le débarrasser de ses microbes, et pouvoir l'injecter sous la peau sans crainte de provoquer de tuberculose locale.

Il injecta sous la peau de la cuisse du malade cinq centimètres cubes du liquide filtré. Au bout de six heures la température, qui était de 38° au début, monta à 39° ; quelques jours plus tard, nouvelle injection, la température monte à 39°1 puis retombe au chiffre ordinaire 38°.

Il semblait donc que le liquide agit à la façon de la tuberculine ; mais il fallait, pour le prouver, montrer que la réaction ne se produisait pas chez un sujet non tuberculeux.

M. Debove injecta huit centimètres-cubes chez un malade atteint de cancer de l'estomac à un degré avancé. Il n'y eut pas de réaction, la température monta seulement de deux dixièmes. Chez une personne saine, convaincu de l'innocuité de cette expérience, la même injection détermina une élevation de cinq dixième de degré.

Ainsi donc le liquide provoquait une réaction fébrile chez des sujets tuberculeux, tandis que celle-ci était nulle chez des sujets non tuberculeux. Pour achever la démonstration, il restait à étudier la réaction chez un malade atteint de lupus.

Un jeune sujet, atteint de lésions pulmonaires tuberculeuses peu avancées et d'un lupus de la face, reçut en injection dix centimètres cubes de liquide filtré. La température, qui était d'abord de 37°8, monta à 39° neuf heures après l'injection ; on constata alors une congestion intense des nodules tuberculeux du lupus. Trois autres injections, pratiquées à quelques jours d'intervalle, amenèrent les mêmes phénomènes généraux, mais ceux-ci furent moins intenses qu'au début.

Ainsi donc, ce liquide, de provenance tuberculeuse, produisait les mêmes réactions que la lymphe de Koch.

On peut conclure de ces expériences que les exsudats de l'organisme chez les tuberculeux, renferment des produits analogues, sinon identiques, à ceux que Koch a désignés sous le nom de tuberculine.

Chorée hystérique et chorée de Sydenham. — M. Joffroy présente une jeune fille dont les membres sont animés de chorée rhythmique de nature hystérique ; l'hystérie est con-

Digitized by Google

firmée chez elle par la diminution de la sensibilité du côté droit, par une ovaralgie, par un rétrécissement du champ visuel, enfin cette malade est hypnotisable. Mais, caractère important, la maladie a débuté en décembre dernier par une chorée de Sydenham typique, avec péricardite légère.

En mars, on observait une amélioration spontanée considérable et la guérison semblait prochaine, lorsque les mouvements de la chorée vulgaire, qui allaient en s'affaiblissant, furent remplacés par des mouvements rythmés que l'on observe à présent. L'hystérie, qui se manifestait chez elle sous cette forme nouvelle, avait été éveillée par l'imitation d'une malade voisine atteinte elle-même de chorée hystérique.

Il s'agit dans le cas particulier d'une association morbide que l'on observe parfois chez les hystériques : association de la chorée de Sydenham et de la chorée rythmée, que M Joffroy considère comme deux affections distinctes.

Traitement de la pleurésie purulente chez les enfants. — M. Comby présente trois observations personnelles relatives au traitement de la pleurésie purulente chez les enfants. Le premier malade, âgé de 3 ans, était atteint d'une pleurésie droite consécutive à une broncho-pneumonie. La ponction donna issue à un verre de pus. Le soulagement fut immédiat, mais l'état général ne s'améliora pas de suite, les symptômes de bronchite généralisée ayant succédé à l'évacuation de la plèvre. Cependant l'enfant guérit parfaitement sans autre intervention.

Les deux autres enfants, âgés de 4 et de 6 ans, ne purent guérir par la ponction simple; il fallut recourir à la pleurotomie antiseptique, qui eut un plein succès.

Le plus jeune de ces enfants avait présenté l'invasion de ce que Rilliet et Barthez ont décrit sous le nom de pneumonie cérébrale, à cause des symptômes nerveux (convulsions, délire) qui marquent le début de la maladie. Les ponctions avaient été impuissantes à évacuer le pus qui était très épais.

Même insuccès chez l'autre enfant, malgré l'application préalable de plusieurs vésicatoires. Dans les deux cas le pus présentait des streptocoques. La pleurotomie fut faite au niveau du sixième espace intercostal, dans la ligne axillaire ; un grand lavage au sublimé à 1/2000, suivi de l'injection d'un litre d'eau salée, permit d'entraîner tous les débris fibrino-purulents et de stériliser la cavité. Drainage de la plèvre ; pansement antiseptique avec la gaze au salol. Un second lavage fut nécessaire, et au bout d'un temps très court les enfants furent complètement guéris. Dr H. Marciguey.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 avril 1891

Présidence de M. le Dr Tarnier

M. Polaillon lit une observation d'hermaphrodisme compliqué d'une double hernie inguinale.

M. Tripier (de Lyon) lit une observation d'angiome capsulaire sous-séreux du genou.

M. Magnant (de Gondrecourt) lit une note dans laquelle il dit guérir les ulcères diabétiques et scrofuleux, améliorer le cancer et la tuberculose, etc., par l'inoculation intra-lymphatique de sérosité recueillie dans l'ampoule d'un vésicatoire appliqué à une personne saine.

De la dépopulation de la France. — M. Javal fait quelques observations au sujet de la conclusion votée dans une des dernières séances. Il fait remarquer que la recherche de la paternité va à l'encontre du but qu'on se propose.

M. Rochard dit n'y pas tenir. M. Le Fort pense qu'il faut la maintenir. La recherche de la paternité augmente le nombre des unions légitimes et celui des naissances légitimes. Elle diminue la mortalité des enfants illégitimes.

M. Lagneau est d'avis de maintenir la recherche de la paternité.

M. le Président met en discussion la question du remplacement des tours par un bureau d'abandon où le secret serait scrupuleusement observé. M. Le Fort pense que le bureau secret vaut mieux que le tour. Mais on ne parle pas de l'accouchement secret qui n'existe pas chez nous. Il demande qu'on l'établisse.

M. Tarnier répond que l'accouchement secret n'est pas inconnu chez nous. Une femme peut le réclamer à l'hôpital. En ville, une femme peut accoucher sans donner son nom.

M. Brouardel demande comment on déclare les enfants dans ce cas.

M. Tarnier répond qu'on peut les déclarer de père et mère inconnus.

M. Guéniot fait observer que le tour est plus secret que le bureau d'abandon et moins dispendieux, ce qui constitue deux avantages de premier ordre. M. Roussell prétend que le tour est inhumain et barbare. Ces reproches s'adressent bien plutôt au bureau d'abandon. M. Roussell dit qu'avec le tour, l'enfant est abandonné à jamais. Pas du tout, dit M. Guéniot. Rien n'empêche la mère de faire une marque à son enfant, de déposer une lettre en même temps que lui, précautions qui serviront à faire reconnaître l'enfant plus tard. Du reste, on reprend bien peu d'enfants abandonnés, 1 seulement sur 125 en 1889.

Et puis, on oublie la province. A Paris, le secret est encore à peu près possible, mais, dans les petites villes de province, le secret est difficile à garder.

Elections. — Sont nommés membres correspondants nationaux : MM. les Drs Morvan (de Lannilis), par 41 voix sur 59 votants, et Bouchard (de Bordeaux), après deux tours de scrutin, par 38 voix sur 55 votants. F. R.

LES JOURNAUX DE LA SEMAINE

En reproduisant, sous cette rubrique, des extraits de la presse médicale, le **Journal des Praticiens** *a pour but de renseigner impartialement ses lecteurs. Il réserve donc formellement la liberté de ses appréciations et l'indépendance de sa critique.* N. de la R.

Le stage obstétrical à la Faculté de Paris. — On lit, dans le *Progrès médical* du 8 août, les remarques judicieuses suivantes, sur lesquelles il n'est pas besoin d'attirer l'attention et qui confirment ce que nous annoncions, les premiers, dans les numéros du 7 et du 14 mai de la *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique* de 1890, p. 311 et 326 :

Les étudiants devront faire ce stage *exclusivement* dans le service des deux professeurs de la Faculté (clinique de la rue d'Assas et clinique Baudelocque). Il est certain que, de cette façon, ce stage ne sera pas très fructueux pour les étudiants, en raison de leur nombre, du nombre restreint des accouchements et de la nécessité de faire la part des sages-femmes.

Lorsque nous avons demandé l'organisation de Maternités dans les hôpitaux et la création des accoucheurs des hôpitaux, en même temps que nous poursuivions une œuvre sociale, c'est-à-dire la réduction au minimum possible de la mortalité des femmes en couches de Paris et des enfants nouveau-nés, nous espérions que chaque Maternité deviendrait un centre d'instruction pour les étudiants et cela au profit des femmes de la province et de leurs enfants, assurés d'avoir des médecins plus experts dans l'art des accouchements. En organisant son stage obstétrical, la Faculté n'a nullement songé à utiliser, à son profit, ces Maternités. Elle les rejette en bloc, ne songeant même pas à faire appel au zèle et au savoir des accoucheurs des hôpitaux, même de ceux qui sont en même temps ses agrégés anciens ou en exercice, Elle les trouve bons pour faire passer les examens, pour faire des conférences théoriques,

Digitized by Google

pour remplacer les professeurs titulaires, mais on les trouve insuffisants pour enseigner, dans leurs services hospitaliers, la pratique des accouchements.

INFORMATIONS

Association générale des médecins de France. — *Assemblée annuelle.* — Dans la séance du dimanche 5 avril 1891, sous la présidence de M. Lannelongue, remplaçant M. Henri-Roger, malade, l'assemblée a réélu ce dernier président pour la 4e fois. Les vice-présidents sont, pour l'année 1891 : MM. Defay, Larrey, Lannelongue et Bouchacourt; le secrétaire général, M. Riant; les vice-secrétaires : MM. Blache et Richelot; le trésorier, M. Brun, et les membres du conseil : MM. Bergeron, Brochin, Burdel, Brouardel, Durand-Fardel, Hortcloup, Laennec, Lereboullet, Motet, Péter, Passant, de Ranse, Vidal et Worms.

Au banquet du soir, des toasts ont été portés par MM. Brouardel, Deligand, Larrey, etc., etc.

Dans la séance du lundi 6 avril, on a entendu les rapports de M. Lereboullet, sur l'assurance-maladie; de M. Motet, sur la médecine légale, et de M. Worms, sur diverses questions. On a voté les pensions viagères pour l'année 1891. (Voir p. 217.)

NOUVELLES SANITAIRES

Turquie d'Europe. — **L'épidémie cholérique de 1890-91.** — Voici un résumé de cette épidémie :

Le choléra fit d'abord son apparition à Hassad, aux environs de Djezireh, dans le vilayet de Diarbékir, le 29 mai 1890. La confirmation officielle de la maladie n'eut lieu que le 20/2 juillet 1890.

Les statistiques du vilayet de Diarbékir donnent les chiffres suivants : Dans les environs des principales villes, le nombre des décès par choléra s'est élevé à 161. Début de l'épidémie le 17 juin 1890, cessation le 20 janvier 1891. A Djezireh, 40 décès, du 2 juillet au 31 août. A Mardine, 48 décès, du 14 juillet au 31 août; à Siverek, 7 décès, du 17 décembre 1890 au 20 janvier 1891.

Vilayet de Bitlis : A Arva et ses environs, 53 décès, du 5 juillet au 9 août.

Vilayet de Mossoul : A Erbil, 120 décès; à Acra, 199; à Zako, 3; à Revendouz, 24; dans les environs, 25; tous ces décès se sont produits du 6 juillet au 20 août.

Vilayet du Hedjaz : La Mecque, 2,785 décès; Djeddah, 1,337; Yambo, 49. Les premiers cas de choléra ont eu lieu, pendant les fêtes du pèlerinage, à Müna près de la Mecque, et furent constatés sur des soldats de marine du stationnaire ottoman de Djeddah. L'épidémie a duré du 28 juillet au 17 septembre 1890.

Vilayet d'Alep : Il y a eu du 8 septembre 1890 au 12 janvier 1891, les décès suivants : Alep, 661; Orfa, 165; Antioche, 294; Killis, 206; Aintab, 117; Marache, 184; Alexandrette, 3; Beylan, 2; diverses localités, 729.

Vilayet de Damas : Ce vilayet, du 12 octobre au 9 décembre 1890, a fourni les statistiques suivantes : Hama, 722 décès; Homs, 459; environs, 8.

Vilayet d'Adana : Du 28 octobre au 31 décembre 1890 : Mersine, 1 décès; Adana, 79; environs, 17.

Vilayet de Beyrouth : Du 8 décembre 1890 au 21 janvier 1891 : Tripoli de Syrie, 190 décès; environs, 231.

Vilayet de Mamuret-ul-Aziz : Du 13 décembre 1890 au 18 janvier 1891 : Birechmé, 12 décès; environs, 73.

Le fléau a donc parcouru un vaste territoire; sa marche envahissante doit inspirer de sérieuses inquiétudes pour l'avenir, et il est à craindre de voir réapparaître l'épidémie lorsque les causes, climatériques et passagères, qui ont présidé à sa cessation, auront disparu.

NOUVELLES MILITAIRES

Nominations dans le corps de santé militaire. — (Activité). — *Au grade de médecin principal de 1re classe* : M. Laveran.

Au grade de médecin principal de 2e classe: MM. Jeunehomme, Jeanmaire, Guillemin.

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Radouan, Lauza, Catrin, Farssac, Chagnaud, Carivenc, Pugibet, Granier, Delaye.

Au grade de médecin-major de 2e classe: MM. Maubrac, Batut, Rivière, Sieur, Krantz, Watier, Nicolas, Bonjean, Malgat, Lassègue, Fochenberghe, Lhéritier de Chezelle, Kocher, Herch.

Nominations dans le corps de santé de la marine (activité). — *Au grade de médecin de 2e classe* : MM. les Drs Duguet, Collin, Pageault, Guillemart et Barthélemy.

A l'emploi de médecin auxiliaire de 2e classe : M. le Dr Patriarche.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs Charyan (de Nantes); Boucon (de Vismes); Bourguet (d'Aix); Henry Collin (à Saint-Raphael), Lombard et Garcin (de Paris).

En Autriche : M. le Dr Tornwald, professeur d'obstétrique à la Faculté de Vienne.

En Italie : M. le Dr Chivrella, assistant de clinique chirurgicale à l'Université de Bologne.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Bryant (J.-D.). — Du traitement opératoire d'un anévrysme de la sous-clavière (*The Med. Record*, 14 mars 1891).

Coley. — Plaies pénétrantes de l'abdomen par balles de revolver (*American Journal of the Med. Sciences*, mars 1891, p. 243).

Dianoux. — De la conjonctivite à chalazion (*Gaz. méd. de Nantes*, 12 mars 1891, p. 60).

Guyon. — Rétention d'urine de cause nerveuse et neurasthénie vésicale (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, mars 1891).

Jones (Thomas). — L'asepsie en chirurgie générale (*The Medical Chronicle*, mars 1891, p. 417).

Moore (J.). — De l'emploi et de l'abus du drainage en chirurgie (*The Med. Record*, 14 mars 1891).

Moty (F.). — Du traitement des contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval (*Arch. de méd. et de chirurgie militaires*, mars 1891).

Pagès. — De la valeur clinique de la ponction hypogastrique avec un trocart de petit diamètre contre la rétention complète d'urine (*La Andalucia Medica*, 28 février 1891).

Pascale. — L'infection chirurgicale (*Riforma Medica*, 12 mars 1891, p. 673).

Revilliod (E.). — Polype de la trachée consécutif à une trachéotomie (*Revue méd. de la Suisse romande*, 20 mars 1891).

Sagaze. — De la cystotomie sus-pubienne dans l'hypertrophie prostatique (*Montpellier médical*, 1 mars 1891).

Williamson. — Un cas d'abcès du lobe frontal droit du cerveau (*The Med. Chronicle*, mars 1891, p. 423).

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE N° 15 15 AVRIL 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, BÉCLÈRE, BROCQ, DEMELIN, DU CASTEL, GINGEOT, Charles MAURIAC, PICQUÉ, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

REVUE GÉNÉRALE

MÉDECINE

Des diabètes sucrés

Il n'y a pas, comme on l'a cru longtemps, une seule affection se traduisant par l'apparition du sucre dans les urines : les formes du diabète ont été plus nettement dissociées, et l'on peut dire maintenant que ce sont des affections distinctes par leur pathogénie et surtout par leur évolution clinique. En un mot, il n'y a pas un diabète, *il y a des diabètes*. Nous allons le démontrer, en nous appuyant sur l'autorité d'un grand nombre d'auteurs, de Lancereaux, en particulier, inspirateur d'une thèse récente sur ce sujet (1).

Les diabètes sucrés sont au nombre de quatre : le diabète gras, le diabète maigre ou pancréatique, le diabète bronzé, le diabète nerveux ; nous allons passer en revue ces quatre affections, en opposant parallèlement ce qui différencie leur étiologie, leur évolution clinique et leur traitement.

Hérédité directe ou indirecte, obésité, goutte, rhumatisme, accidents que M. Lancereaux a réunis sous le nom d'herpétisme, pouvant succéder au diabète, ou le remplacer dans une génération, telle est l'étiologie du diabète gras.

Toute différente est celle du diabète maigre, dont la production est essentiellement liée à une altération du pancréas : cette altération, bien mise en lumière par M. Lancereaux (2), a été confirmée depuis par les expériences de Mering et Minkowski : la lésion anatomique du pancréas consiste en une atrophie de l'organe, atrophie variable, parfois tellement prononcée que le pancréas est difficile à trouver à l'autopsie, moins considérable dans certains cas, et enfin quelquefois masquée par le développement anormal de tissu adipeux. L'action de cette atrophie du pancréas sur le diabète a été bien indiquée surtout par les travaux de Mering et Minkowski : en enlevant le pancréas à des chiens, ils ont obtenu sept à huit heures après l'opération la glycosurie avec tous les signes du diabète, et en quelques semaines la mort des animaux qui étaient très rapidement émaciés : quant à la connaissance plus intime du phénomène, elle n'est pas encore élucidée, et l'on ne peut faire jusqu'à présent que des hypothèses.

Le diabète bronzé est en rapport avec une lésion du foie connue depuis quelques années, bien que l'on en cite seulement quelques exemples : c'est la cirrhose hypertrophique pigmentaire, consistant en une augmentation du volume du foie avec mélanodermie : les faits relatés par MM. Hanot et Chauffard, Hanot et Schachmann, Letulle, Brault et Galliard (1) l'établissent d'une façon indiscutable. La cirrhose du foie serait probablement primitive ; la pigmentation et la glycosurie viendraient ensuite.

Le diabète nerveux peut avoir des causes multiples, lésions de l'encéphale ou lésions de la moelle : citons la méningite chronique, les tumeurs et les altérations du quatrième ventricule, les fractures du crâne et de la colonne vertébrale, l'ataxie locomotrice. Quelquefois on a pu incriminer les lésions nerveuses périphériques, d'autres fois enfin l'épilepsie et la neurasthénie.

Déjà si différents dans leurs causes, les diabètes sucrés le sont encore bien plus par leurs allures cliniques et leur évolution, rapide d'un côté, lente, au contraire, de l'autre, commandant un pronostic complétement différent.

Le diabète gras a un début généralement insidieux : le malade, obèse depuis plus ou moins longtemps, a souvent des épistaxis fréquentes, une dyspepsie vive, un mal perforant plantaire, des furoncles, un anthrax ; rien n'avait fait jusque-là soupçonner la glycosurie, et elle n'est reconnue que lorsqu'une de ces affections intercurrentes fait songer à l'examen de l'urine.

Généralement l'attention est attirée par la polyurie et la polydypsie ; le malade urine plus souvent, le jour d'abord, la nuit ensuite, ce qui trouble son sommeil ; en même temps la soif est vive, et le malade ne peut la satisfaire : on examine l'urine et l'on trouve la glycosurie, qui n'est jamais excessive à cette période. La faim se montre ensuite, mais d'une façon beaucoup moins constante que la soif. On observe en même temps une grande lassitude musculaire, une diminution des fonctions génitales, quelquefois un affaiblissement des facultés intellectuelles.

Plus rarement le début est brusque, marqué par une polyurie et une polydypsie abondantes se produisant tout à coup ; mais même dans ces cas on a pu observer quelques signes avant-coureurs, des épistaxies, des migraines, des névralgies, des hémorrhoïdes, des varices, de l'obésité précoce, des manifestations cutanées.

Une fois constitué, le diabète gras peut se maintenir

(1) E. BOUTARD. Des différents types de diabète sucré (*Thèse de Paris*, 1890).

(2) LANCEREAUX (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1888).

(1) HANOT et CHAUFFARD (*Revue de médecine*, 1882) ; LETULLE *Société médicale des hôpitaux*, 1885 ; HANOT et SCHACHMANN (*Archives de physiologie*, 1886 ; BRAULT et GALLIARD (*Archives de médecine*, 1888).

Digitized by Google

à la période d'état pendant un temps plus ou moins long, car sa marche n'est pas fatalement progressive : si les malades observent rigoureusement le régime alimentaire; ou même, quelquefois sans raison, il peut présenter de longues périodes de rémission, et l'on a pu observer une survie de dix, douze, vingt ans, quelquefois même trente ans. D'autres fois, au contraire, ce sont des aggravations que l'on constate, sous l'influence d'écarts de régime, ou par suite d'émotions morales vives; ces aggravations peuvent se produire spontanément, surtout quand le diabète dure déjà depuis longtemps; on observe alors une augmentation de la polyurie, de la polydypsie, de la polyphagie et de la glycosurie; les malades maigrissent d'une façon continue, et s'ils ne sont pas emportés par la marche seule de la maladie, ils sont sujets à toutes les complications de ce diabète : hémorragie cérébrale, phlegmons, tuberculose pulmonaire, coma diabétique.

Le début du diabète maigre, pancréatique, n'a pas le caractère insidieux du début du diabète gras; tout au plus trouve-t-on quelquefois quelques prodromes à début brusque, vertiges, coliques, vomissements, diarrhée, impuissance génitale, qui peut en être souvent le premier symptôme. Généralement les prodromes n'existent pas, et c'est brusquement que les malades sont pris d'une soif vive, d'une polyurie abondante, d'amaigrissement commençant, de perte des facultés intellectuelles. La soif est vive, la polyurie très intense, pouvant aller jusqu'à 10, 15, quelquefois 20 litres d'urines dans les vingt-quatre heures, et tourmentant les malades d'insomnies fort pénibles. Les digestions sont difficiles; elles s'accompagnent de diarrhées rebelles avec selles abondantes, très fétides, dans lesquelles on retrouve souvent des aliments non digérés. Généralement on observe l'intégrité des organes des sens, quelquefois affaiblissement passager de la vue et de l'ouïe. L'amaigrissement fait des progrès; les dents tombent, atteintes de gingivite expulsive; il y a perte des cheveux avec formation d'alopécies en clairière; l'altération des fonctions génitales continue, l'impuissance devient presque absolue, ce qui effraye beaucoup les malades; ceux-ci, d'ailleurs, sont pris souvent d'une petite toux sèche, indice premier d'une tuberculose pulmonaire commençante que décèle l'auscultation du poumon, et bientôt à la période de début succède la période d'état.

A ce moment, l'aspect du malade est caractéristique : il est très amaigri, présentant, comme l'a bien indiqué M. Lancereaux, tous les signes d'une sénilité précoce, avec troubles de l'intelligence, diminution et quelquefois perte de la mémoire. La soif et la faim sont extrêmes; les urines, pâles, décolorées, sont rendues en grande quantité, 5, 7 litres, souvent davantage, et, dans des cas exceptionnels, jusqu'à 20 litres; la glycosurie, qui s'est montrée dès le début, atteint d'énormes proportions : en général de 300 à 500 grammes par vingt-quatre heures, elle peut quelquefois atteindre 1,000 grammes, parfois même 1,400 grammes; on ne trouve généralement pas d'albumine; l'urée, d'après M. Lancereaux, serait augmentée d'une façon appréciable. On observe en même temps divers troubles viscéraux; le foie est quelquefois augmenté de volume, parfois douloureux; les yeux peuvent être atteints de cataracte molle ou même d'atrophie papillaire; enfin, la tuberculose pulmonaire commence ses ravages ou les continue, en affaiblissant encore plus le malade.

Les rémissions que nous observions dans l'évolution du diabète gras n'existent plus ici : la marche du diabète pancréatique est fatalement progressive : sa durée est de trois à quatre années en moyenne. La période la plus longue est celle de début; à la période d'état succède le terme fatal au bout de six mois, un an tout au plus, et le tableau du malade, dans cette période terminale, déjà si pénible avant, devient plus misérable encore. La faiblesse est telle, que, pour s'éviter le moindre effort, le diabétique est obligé de rester au lit; l'appétit diminue, les digestions sont difficiles, la constipation alterne avec la diarrhée. Les urines sont moins abondantes, le sucre diminue; la langue se sèche ou se couvre de muguet, et le malade, inconscient, succombe au coma dans le marasme, s'il n'est emporté plus tôt par les lésions tuberculeuses de ses poumons.

Le diabète bronzé peut avoir un début insidieux marqué par une dyspepsie intense, des digestions pénibles, avec perte de l'appétit, constipation ou diarrhée accompagnée de violentes coliques; on observe d'autres fois du purpura des membres inférieurs, de la diminution des forces, de l'impuissance génitale. Parfois le début est plus brusque, et ce sont la polyurie et la polydypsie qui ouvrent la scène.

A la période d'état, le malade est très amaigri, la polyurie est constante; le malade rend de 4 à 5 litres d'urines par jour, parfois plus, la quantité de sucre dans les vingt-quatre heures varie de 300 à 500 grammes; la polyphagie et la polydypsie existent comme dans les autres diabètes; mais, ce qui est surtout caractéristique, c'est, d'une part, la mélanodermie, d'autre part, l'augmentation du volume du foie. Le foie est toujours hypertrophié; il déborde les fausses côtes de quatre à cinq travers de doigt; il est lisse, ne présente pas de bosselures et paraît conserver sa forme normale. Toute la surface cutanée du corps est pigmentée; le système pileux présente généralement une coloration noire; les téguments sont d'une coloration bleuâtre, analogue à celle de l'impaludisme et distincte de la maladie d'Addison, répandue d'une manière uniforme sur toute la peau, d'où la dénomination de diabète bronzé; les muqueuses sont exemptes de coloration. On constate en plus tous les autres signes du diabète : altération des fonctions génitales, tuberculose pulmonaire commençante, quelquefois rétraction de l'aponévrose palmaire.

L'évolution ressemble à celle du diabète pancréatique : elle est très rapide, et la maladie dure à peine deux, trois ou quatre ans; à la période terminale, on observe de l'œdème des membres inférieurs, parfois de l'ascite; on observe la diminution de la quantité d'urine et de la quantité de sucre, un amaigrissement plus considérable, une teinte de plus en plus foncée de la peau, et le malade succombe soit à la tuberculose pulmonaire, soit à des phlegmons qui deviennent gangréneux, quand il n'est pas emporté par le coma dans le marasme.

Digitized by Google

L'évolution clinique du diabète nerveux ne peut être classée en un type unique : elle dépend absolument des causes qui lui ont donné naissance, et varie selon ces causes : ce diabète ne passe en général qu'au second plan dans la symptomatologie, et il n'est jamais qu'un symptôme accessoire, secondaire, qui aggrave en général l'affection primitive, mais qui n'est pas par lui-même cause de la terminaison fatale.

Le diagnostic des diabètes sucrés est parfois difficile à faire, surtout dans le diabète gras, si les malades présentent les attributs extérieurs de la santé la plus parfaite, et chez lesquels ce n'est souvent que l'apparition d'un de ces symptômes insignifiants en apparence que nous avons énumérés tout à l'heure, qui provoque l'examen de l'urine. Dans le diabète maigre, le diagnostic est plus facile, l'attention étant attirée immédiatement par l'état de grande déchéance du sujet. Quant au diabète nerveux, il ne sera souvent reconnu que par hasard, quand l'examen complet du malade amènera l'examen de l'urine. Beaucoup plus difficile est le diagnostic du diabète bronzé : la cachexie, et la mélanodermie peuvent faire songer à d'autres affections. Le cancer du foie dans sa forme massive, primitive, alors que l'ictère n'existe pas, que l'on ne constate pas de bosselures et que le bord tranchant reste lisse, peut offrir de grandes difficultés ; mais, outre que dans le cancer du foie, on ne trouve pas de sucre dans l'urine, la quantité d'urines est diminuée, au lieu d'être augmentée, la polydypsie n'existe pas, et enfin on trouve quelquefois de la fièvre, que l'on ne peut, dans le diabète, que mettre sur le compte d'une tuberculose pulmonaire commençante, facilement reconnaissable à l'auscultation. Plus difficile encore est le diagnostic avec la cachexie palustre et la maladie bronzée d'Addison : il est cependant bien rare que dans la cachexie palustre le malade n'ait pas présenté des signes aigus, fébriles d'impaludisme, et surtout, on ne trouve pas de sucre dans l'urine. C'est également l'absence de glycosurie qui tranchera le diagnostic avec la maladie d'Addison, dans laquelle on constatera en plus l'absence d'uniformité de la mélanodermie qui s'y présente généralement par plaques au début, et qui atteint la muqueuse buccale lui donnant l'aspect si caractéristique que l'on trouve sur la muqueuse buccale des chiens de race.

Le pronostic des diabètes sucrés, grave en général, l'est plus ou moins selon les différents cas ; relativement favorable dans le diabète gras, quand le malade veut bien suivre rigoureusement le régime indiqué, il l'est encore dans certaines formes de diabète nerveux : il est, au contraire, d'une extrême gravité dans les diabètes maigre et bronzé dont nous avons suivi l'évolution si rapidement fatale.

Le traitement du diabète nerveux sera surtout le traitement de la cause qui lui a donné naissance, le régime alimentaire n'ayant presqu'aucune action sur les lésions nerveuses. Dans le diabète bronzé et dans le diabète maigre, on essaiera de lutter contre l'affaiblissement progressif du malade avec la pancréatine, les toniques, le lait et les purgatifs drastiques dont M. Lancereaux aurait vu les heureux effets dans certains cas. Dans le diabète gras, au contraire, le régime est d'importance capitale : les malades seront soumis à un traitement azoté, à de fréquents exercices musculaires au grand air (1) : on emploiera l'hydrothérapie et tout ce qui peut activer la nutrition, et si l'on n'intervient pas trop tard, si surtout le malade suit son régime avec exactitude et constance, on pourra obtenir sinon une guérison, du moins une survie parfois très considérable

LOUIS RÉNON.

LE DIAGNOSTIC DES MALADIES

REVUE DES CLINIQUES

I. *L'angine pseudo-membraneuse à pneumocoques.* — II. *La parotidite à pneumocoques.*

I. **L'angine pseudo-membraneuse à pneumocoques.** — « Dans la détermination d'une affection microbienne l'individualité du malade joue un rôle capital. »

Sous cette forme oratoire ou sous une autre, cette idée est chère à M. Jaccoud. Cela, du reste, revient à dire, un peu avec tout le monde : « C'est le malade qui fait sa maladie ». On n'a jamais, je pense, cessé de s'en douter.

Appliquée au diagnostic, cette notion de pathologie générale semble, en effet, assez féconde.

En voici une preuve nouvelle. Elle se trouve dans l'observation d'un malade, hospitalisé dans le service de M. Jaccoud et dont le *Journal de médecine et de chirurgie pratique* a publié le récit le 10 mars dernier.

Dix-neuf ans, bonne santé habituelle ; pas d'antécédants. C'est peu. Comme circonstances commémoratives : un refroidissement, des frissons, de la fièvre, une douleur pharyngée, de l'engorgement ganglionnaire du cou. Ainsi la maladie débuta.

A l'hôpital, on explore le pharynx ; il y a sur l'amygdale droite une fausse membrane solide et adhérente.

S'agissait-il d'une angine pultacée comme celle du début de la scarlatine ? Non ; la fausse membrane était adhérente, bien circonscrite, consistante ; elle ne ressemblait donc pas aux concrétions molles, mal limitées et faciles à détacher de l'angine scarlatineuse précoce.

M. Jaccoud formula le diagnostic d'angine diphtéritique et prescrivit l'acide salicylique à l'intérieur, à la dose quotidienne de 1 gr. 50, comme antiseptique et antithermique ; de l'alcool et du lait ; des pulversations phéniquées à 5 pour 100 dans la chambre du malade ; enfin des attouchements pharyngés avec la solution de sublimé au millième.

Trois jours durant, l'état s'aggrava : œdème du cou ; envahissement de l'amygdale gauche et de la luette, reproduction des fausses membranes, augmentation de la température, etc., etc. Néanmoins le malade guérit et, phénomène tardif, après l'apparition d'albumine dans les urines.

On avait cru à la diphtérie : on avait formulé un pro-

(1) A. RENAULT : De l'hygiène des arthritiques (*Mementos thérapeutiques des praticiens*, 1891, p 37).

Digitized by Google

nostic grave. Pour ainsi parler, cette angine avait la physionomie clinique de la diphtérie pharyngée. De plus, ses fausses membranes en présentaient au microscope le caractère anatomique, c'est à-dire, le reticulum fibrineux avec infiltration de cellules migratrices.

Il y avait erreur, cependant. Le diagnostic clinique et l'examen histologique excusaient cette erreur : l'analyse bactériologique l'a expliquée.

En effet, elle a démontré d'une part l'absence du bacille de Lœffler dans les fausses membranes, et d'autre part, fait décisif, la présence de pneumocoques, qui, ensemencés, cultivés et inoculés selon les procédés usuels, étaient de nature identique aux pneumocoques de la pneumonie.

Ainsi donc, — une fois n'est point coutume, — les recherches de laboratoire ont eu raison contre l'observation clinique. Tandis que celle-ci, même secondée par le microscope, semblait autoriser à prononcer le mot diphtérie, voici que celles-là conduisaient à dire, conclusion toute différente : cette angine pseudo-membraneuse n'est point d'origine diphtéritique ; elle appartient à la catégorie nosologique des pseudo-diphtéries ; c'est une angine à pneumocoques.

Ainsi rapporté, ce fait clinique est, on le dit, le premier du genre.

Soit ! mais l'intérêt de ce cas n'est point seulement de curiosité.

On y trouve bien la justification du principe de pathologie générale en vertu duquel « l'élément microbien » n'étant point tout, la prédisposition ou « l'individualité du malade » intervient.

Ici, malgré l'abondance des pneumocoques dans la cavité pharyngée — cette individualité aidant — la localisation pneumococique s'est faite seulement sur l'amygdale. Ailleurs, cette même individualité intervenant autrement, il y aurait peut-être infection du poumon, malgré une rareté relative des pneumocoques dans la salive.

On y trouve, en outre, considération plus urgente à retenir et plus immédiatement pratique, une indication à la fois diagnostique et thérapeutique.

Le diagnostic clinique des angines blanches passait, on le sait, pour être parfois malaisé, surtout à leur début. Désormais, l'examen histologique des fausses membranes et leur nature fibrineuse ne suffira plus. Dans les cas douteux, on distinguera entre les angines fibrineuses diphtéritiques et les pseudo-diphtéries du pharynx par l'examen bactériologique des fausses membranes ; ici, bacilles de Lœffler ; là, pneumocoques. L'exsudat fibrineux présentant, à l'œil nu et au microscope, des apparences identiques, c'est donc au bacille spécifique seul de motiver la détermination diagnostique.

Ce n'est point tout ; à côté de cette considération clinique, il y en a une autre. En ce temps où l'on recherche, sans l'avoir encore trouvé, un antiseptique universel, chaque microbe se comporte à sa manière, on le sait, vis-à-vis des agents germicides. Cette prémisse une fois acceptée, une conclusion s'impose, à savoir qu'en bonne raison, il faudrait disposer de ressources thérapeutiques différentes contre l'angine à pneumocoques ou bien contre l'angine à bacilles de Lœffler.

C'est reproduire, en le répétant à revers, le fameux aphorisme : *Naturam morborum, ostendunt curationes.* C'est aussi montrer que, malgré sa vulgarité, le principe de pathologie générale, énoncé en commençant, n'est pas uniquement d'intérêt philosophique.

II. **La parotidite à pneumocoques.** — Il faut bien l'admettre. Les chirurgiens eux-mêmes en conviennent ; témoin M. Duplay.

Jusqu'ici on avait considéré les parotidites, dans le typhus, la fièvre typhoïde, les exanthèmes fébriles ou la diphtérie, comme des phénomènes critiques. C'était là, pour ainsi parler, comme une dernière signature qu'avant son départ la maladie infectieuse apposait sur l'organisme. Eh bien, non.

L'étude des localisations pneumocociques conduit à une autre opinion. A ce point de vue, un cas de parotidite à pneumocoques observé par M. Duplay ne laisse guère de doute.

Les parotidites de la pneumonie semblent rares. En France, MM. Lancereaux et Besançon en ont publié un cas dans les *Archives de médecine* de 1888. A l'étranger, on en connaît un autre exemple, cité par Festini, dans la *Riforma medica* de 1889. Le fait signalé par M. Duplay est le troisième.

Voici dans quelles circonstances il a été observé. Le malade relevait d'une pneumonie gauche, quand il eut, aussi du même côté, un gonflement de la région parotidienne avec fièvre vive, œdème du visage, etc.

La région parotidienne était empâtée, résistante au doigt et douloureuse. Le thermomètre accusait 40 degrés. Enfin, il y avait, par la pression sur la glande, un suintement purulent, au niveau de la seconde molaire supérieure, par l'orifice du canal de Sténon.

Point d'hésitation dans le diagnostic différentiel : la parotidite des oreillons est bilatérale et suppure rarement ; une arthrite du maxillaire inférieur aurait rendu les mouvements de la mâchoire plus douloureux et plus difficiles encore. Quant à un adéno-phlegmon, il eût été, dès le début, plus circonscrit. D'ailleurs, l'écoulement du pus par le canal de Sténon ne pouvait laisser de doutes sur le siège de cette affection si justement désignée par Chassaignac sous la rubrique de parotidite canaliculaire.

Comment établir le diagnostic de cette parotidite ? D'emblée, et d'après l'histoire du malade, l'hypothèse d'une parotidite traumatique était éliminée. L'idée d'une parotidite infectieuse s'imposait.

Autrefois, il y a peu d'années de cela, on aurait dit : cette parotidite a pour origine la propagation au canal de Sténon de lésions buccales et se produit à la manière d'une épididymite dans le cours de l'uréthrite.

Aujourd'hui, en raisonnant par analogie, on compare ces parotidites aux otites pneumocociques, et par l'analyse bactériologique on est conduit à admettre la pénétration des bacilles dans le canal de Sténon et, de là, dans les lobules glandulaires.

En fait, il en est ainsi. En inoculant aux animaux le pus recueilli dans le canal de Sténon ou le tissu paroti-

Digitized by Google

dien, on a provoqué leur infection pneumococique. De plus, en étudiant la marche de cette parotidite, on a vu chacun des lobules de la glande suppurer successivement par des ouvertures distinctes. Cette évolution n'est elle point celle d'une infection microbienne à propagation progressive ?

Après la péritonite, le coryza et l'otite, voici donc la parotidite et l'angine à pneumocoques. Tandis que les auteurs classiques s'attardent à reviser la classification des angines, il faut rayer de la nomenclature des parotidites le mot critique; ces faits suggèrent des réflexions dont chacun soupçonne suffisamment l'importance clinique. Inutile d'insister. CH. ELOY.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

CHIRURGIE

Traitement des ulcères de la jambe par le massage, par M. GUNTHER. — Cette médication a pour objet de stimuler la vitalité de la région malade. On nettoie l'ulcère, on le rend aseptique par des applications d'un mélange à parties égales de salol et de talc ou par une solution créolinée à deux pour cent (*Corresp.-Blatt. f. Schweiz. Aerzt.*, 1891, t. XXI).

On masse ensuite les régions voisines, puis les bords de l'ulcère, surtout quand ces bords sont calleux. Les callosités s'aplatissent. Dans l'intervalle des séances de massage, on applique un pansement humide et rendu occlusif par l'emploi du makintosch. S. R.

Du traitement de l'anévrysme artério-veineux, par M. B.-F. CURTIS. — A propos de deux cas d'anévrysme artério-veineux poplités, l'auteur discute ainsi la valeur des diverses médications (*American Journal of Med. Science*, février 1891).

La *compression* ne réussit que dans les cas récents et sur des vaisseaux superficiels. Le *galvanisme* et les *injections coagulantes* font courir le danger des embolies. La *ligature hunterienne* sur la lésion peut causer la gangrène. La *double ligature de l'artère* donne de médiocres résultats. La *ligature des deux vaisseaux* est plus efficace, mais de toutes les méthodes l'extirpation, précédée de la dissection des cordons nerveux est la méthode de choix s'il s'agit de tumeurs anévrysmales de médiocre volume. On doit la tenter encore quand ces dernières sont grosses, car si elle échoue, elle laisse la ressource de l'incision suivie de la ligature, quand la dissection n'est point possible. S. R.

MÉDECINE

Un cas d'aphasie fonctionnelle, par M. GIBERT. — Une femme de 42 ans, mère de six enfants, sujette depuis quelques années à des troubles mentaux, fut trouvée un matin couchée en travers de son lit, et dans l'impossibilité de prononcer une parole. Le soir, elle était très agitée, poussait des cris et ne répondait aux questions que par un mélange de syllabes incompréhensibles; impossible de lui faire prononcer un mot ayant un sens quelconque. Et, cependant, elle comprenait ce qu'on lui disait et se rendait compte de son impuissance. Son visage exprimait la joie. Cet état d'aphasie dura plusieurs semaines, sans être accompagné d'ailleurs d'aucun trouble de la santé. (*Normandie Médicale*, janvier 1891).

Deux mois après, l'affection paraît tendre à la guérison. La malade reconnaît les objets que l'on dessine et parvient vaille que vaille à les nommer ; elle arrive même à faire des phrases complètes, bien qu'elle soit souvent arrêtée par un mot qui lui fait défaut. Mais il lui est impossible de lire : c'est donc un cas de cécité verbale; la représentation graphique des objets lui manque.

Est-ce une aphasie par embolie ? Le début brusque du mal, l'agitation, les selles involontaires y font songer; mais il n'y a pas de lésions cardiaques, pas de paralysies musculaires concomitantes.

Ne serait-ce pas plutôt une aphasie fonctionnelle d'origine hystérique ? C'est l'opinion à laquelle se rattache M. Gibert, opinion corroborée par celle du professeur Binschwauder (d'Iéna), qui eut l'occasion de voir la malade.

EM. T.

Corps étranger ayant séjourné deux ans et demi dans les voies aériennes, par M. A. SCHŒFER. — En prenant un potage cette malade avala de travers et eut la sensation d'un petit os, passé par le larynx et qu'elle ne put rendre ; malgré une toux violente, le corps étranger semblait au contraire descendre. (*Therap. Monat.*, 1891, p. 3).

Pendant deux ans et demi la malade continua à tousser et à se plaindre de douleurs dans la poitrine, surtout dans le decubitus latéral gauche et les grands mouvements ; l'expectoration peu abondante consistait seulement en crachats muqueux.

Les divers médecins consultés diagnostiquaient un léger catarrhe bronchique, à cause des quelques râles muqueux qu'ils entendaient.

Une nuit elle fut prise d'un violent accès de toux et elle rendit alors, plus de deux ans et demi après l'avoir dégluti, un petit bout d'os d'un centimètre et demi de long sur quatre millimètres d'épaisseur. La toux cessa de ce moment.

H. G.

THÉRAPEUTIQUE

Du traitement de la fièvre des phtisiques, par M. T. WILLIAMS. — Dans cette cure, l'auteur a voulu établir une distinction, au point de vue thérapeutique, entre la fièvre de tuberculisation et celle de suppuration dans la phtisie. (*The British med. Journal*, 28 mars 1891.)

La première, écrit-il, est justiciable des dérivatifs, des agents de contre-irritation et des antiphlogistiques. La seconde doit être traitée par les antipériodiques (quinine, salicine et salicylate de soude). Mais, conclusion restrictive de ces prémisses, les médicaments seuls sont impuissants à modérer la fièvre, sans l'usage de l'alimentation, des stimulants et du repos au lit.

M. Williams aurait pu parler de l'antisepsie chez les tuberculeux. C'est une omission d'autant plus fâcheuse que la médication qu'il propose est loin d'être absolument originale. S. R.

Du syzigium jambolanum dans le diabète, par M. LEWASCHEW. — Depuis deux années, notre confrère russe emploie ce médicament contre le diabète sucré. Il l'administre sous la forme de poudre et à la dose quotidienne de quatre grammes, qu'il augmente graduellement pour l'élever jusqu'à trente grammes. (*Berlin. klin. Woch*, 23 février 1891.)

L'effet thérapeutique se traduit après quelques jours par une diminution quantitative des urines et puis du sucre. En même temps, il y avait augmentation du poids du corps; toutefois, dans les cas les plus heureux, la disparition du sucre dans les urines n'a jamais été complète.

M. Lewaschew insiste sur la nécessité de préférer la poudre à l'extrait de jambolanum et un produit récemment récolté à celui qui est plus ancien. L'efficacité du traitement dépend donc de ces conditions. S. R.

TOXICOLOGIE

Intoxication consécutive à l'usage externe du tabac, par M. AUCHÉ. — L'observation que publie notre confrère est analogue aux cas d'intoxication tabagique provoqués par les lotions avec la macération du tabac et signalés naguère par M. Rougon (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 22 mars 1891.)

Il s'agissait d'un homme qui, pour détruire des pediculi pubis, se fit des frictions avec une décoction de tabac. Il éprouvait des vertiges, des nausées, de l'obnubilation visuelle, des sueurs

Digitized by Google

froides et une sorte d'ivresse. Peu de dilatation pupillaire, diminution de l'acuité auditive, nausées, efforts de vomissements, sensation de gêne respiratoire et de constriction thoracique, ralentissement du pouls, affaiblissement des battements du cœur, état syncopal, tremblements dans les membres, conservation des reflexes et de la sensibilité. Plus tard, besoins fréquents d'uriner.

Ces accidents disparurent par l'administration d'une potion stimulante et l'ingestion du café noir. On ne saurait douter de leur nature tabagique, et le mémoire de M. Auché est un document utile à classer dans le dossier encore incomplet des intoxications thérapeutiques par le tabac. S. R.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

Le traitement du chancre simple

Par M. le Dr Du Castel
Médecin de l'hôpital Saint-Louis

Le danger du chancre simple réside pour la plus grande partie dans sa virulence et dans ses réinoculations faciles.

En présence de ce danger, l'objectif thérapeutique naturel, poursuivi en tout temps par les médecins, a toujours été de détruire la virulence du chancre mou, de convertir la plaie virulente en plaie simple ; les moyens employés pour atteindre ce résultat ont beaucoup varié.

L'ablation du chancre par le bistouri, proposée par quelques médecins, est une très mauvaise opération ; il est toujours à craindre que le virus ne soit inoculé à la surface de la plaie pendant l'opération et que cette plaie ne devienne chancrelleuse dans toute son étendue. En pareil cas, au lieu d'un chancre petit, il se produirait un chancre aussi étendu que la plaie opératoire, beaucoup plus vaste, par conséquent, que le chancre initial ; l'opération aurait eu pour résultat de substituer un chancre vaste à un chancre petit. Que ce soit du reste un principe absolu d'éviter autant que possible les opérations sanglantes chez les malades atteints de chancres simples ; il faut craindre de voir l'inoculation chancrelleuse se produire au niveau de la plaie et venir créer une complication sérieuse ; les ressources de l'antisepsie, dont nous disposons aujourd'hui, ont beaucoup diminué ce danger, mais il existe encore, et il ne faut pas s'y exposer inutilement.

Pour obtenir la destruction du virus au niveau de la plaie chancrelleuse, tout en évitant de produire une plaie capable de subir la réinoculation, on recourt habituellement aux caustiques, soit au caustique actuel, soit aux caustiques potentiels, Pour arriver à un résultat favorable avec l'emploi des caustiques, il faut avoir soin d'atteindre tous les coins et recoins de la plaie dans toute leur profondeur ; sinon les parties qui auraient échappé à la destruction pourraient fournir un virus susceptible d'infecter à nouveau la plaie produite par le caustique ; l'opération serait alors plus nuisible qu'utile. Pour assurer l'action complète du caustique, il peut être bon de faire précéder leur emploi par un raclage de la surface malade pratiqué au moyen de la curette.

La destruction de la surface chancrelleuse au moyen du fer rouge, du thermocautère, du galvano-cautère est une méthode fort active ; mais elle entraîne des délabrements étendus, elle est douloureuse, effrayante et redoutée des malades. Le Dr Apostoli a recommandé l'électrolyse, mais c'est encore un procédé douloureux, même en employant les anesthésiques locaux. En général, on accorde la préférence aux caustiques chimiques sur le cautère actuel.

Ricord employait habituellement le *caustique carbosulfurique* qu'il considérait comme d'une merveilleuse efficacité et à l'abri de tout reproche. Ce caustique se compose d'acide sulfurique uni à la poudre de charbon végétal dans les proportions nécessaires pour former une pâte demi-solide. Cette pâte, appliquée sur les chancres, ne tarde pas à se dessécher et à former une sorte de croûte noire qui reste adhérente aux tissus, qui fait, pour ainsi dire, corps avec eux et ne tombe que plusieurs jours après son application, dans le cours du second septenaire en général. Lors de sa chute, la plaie qu'elle laisse à découvert n'est plus qu'une plaie simple, exempte de toute virulence, analogue, en un mot, à l'ulcération qui suit la séparation d'une eschare, et que la cicatrisation ne tarde pas à envahir. Quelquefois même, le travail réparateur est presque complètement achevé lorsque la croûte se détache, et il n'est pas rare de trouver au-dessous une cicatrice déjà formée.

Le caustique carbosulfurique est d'une application fort douloureuse ; mais la douleur qu'il provoque est inférieure de beaucoup à celle que produit l'acide azotique ou le fer rouge ; elle se montre aussi moins persistante que celle qui accompagne les applications de pâte de Vienne.

C'est un caustique profond qui, comme le chancre, a son rayonnement périphérique d'activité destructive. Du jour au lendemain, c'est fait du chancre et de sa spécificité virulente ; le chancre est tué sur place, et ce qui lui succède, c'est une plaie simple, sans virulence, sans spécificité, une ulcération vulgaire qui, n'ayant plus de cause d'entretien, n'ayant plus de raison d'être, marche rapidement à la cicatrisation. Mais pour obtenir du moyen tout ce qu'on est en droit d'en attendre, il faut l'employer dans toute sa rigueur ; pas de cautérisation superficielle, qui effleure le chancre, qui ébarbe l'ulcère ; ce que l'on doit produire, c'est une cautérisation énergique et profonde, c'est une destruction !

On voit dans quels termes Ricord a exposé les avantages et les inconvénients du caustique carbosulfurique, moyen d'action énergique dont le défaut est de constituer déjà une véritable petite opération chirurgicale.

M. Diday donne la préférence à la pâte de chlorure de zinc, dite pâte de Canquoin.

Les chancrelles étant bien abstergées, non saignantes, on y applique un morceau de pâte de Canquoin. L'épaisseur de ce morceau est de 1 à 3 millimètres. La largeur dépend de la forme et des dimensions du chancre. Si l'ulcère est arrondi, on taille un disque qui, autant que possible, ait exactement le même diamètre. Si, au contraire, il est irrégulier, il est plus sûr et plus expéditif

Digitized by Google

de mettre d'abord au centre un morceau de pâte qui en couvre la plus grande partie, puis de parfaire la cautérisation au moyen de petits fragments de pâte de Canquoin mis à côté du principal; il vaut mieux multiplier, autant que de besoin, les petits morceaux que de s'attacher à en faire un seul exactement de même forme que l'ulcère.

Quand l'ulcère est creux, on a soin d'y mettre un cône plutôt qu'une lame de Canquoin et de bien le pousser jusqu'au fond.

A la verge, on fixe la pâte au moyen d'une bandelette de diachylon, qu'on applique par son plein et dont les chefs, croisés de l'autre côté du membre, sont ensuite ramenés de manière à avoir fait un peu plus de deux tours. Dans toute autre région, on laisse tomber sur la pâte quelques gouttes de collodion.

Au bout d'une heure et demie, deux heures, deux heures et demie au plus (temps pendant lequel il n'y a que très peu de douleur) on enlève le diachylon ou on dissout le collodion avec de l'éther. Les morceaux de pâte se détachent alors très facilement; et on se trouve en face d'une eschare sèche dans toute son étendue. S'il restait en dehors de l'eschare un point en suppuration, c'est que la cautérisation aurait été incomplète et il faudrait immédiatement y appliquer à nouveau du caustique.

Dès le deuxième jour, l'eschare s'entoure d'un cercle suppurant. Ce cercle s'agrandit graduellement; enfin, l'eschare devient vacillante et tombe vers le sixième jour, laissant à sa place une plaie de bonne nature marchant vite et franchement vers la cicatrisation.

La destruction du chancre par les caustiques est toujours une opération sérieuse et partant inapplicable dans nombre de cas; elle est sujette à des contre-indications nombreuses. La perte de substance qu'elle entraîne après elle, la cicatrice qui en est la conséquence la rendent absolument impraticable dans le traitement d'un certain nombre de chancres, tels que ceux du méat, de l'urèthre.

En cas de chancres multiples, si ceux-ci ne peuvent être tous atteints à la fois, il y a lieu de s'abstenir de toute opération ; la plaie, consécutive à l'eschare, courrait risque de subir une nouvelle inoculation chancrelleuse au contact du pus fourni par les chancres non détruits.

Quand le chancre déjà ancien approche de l'époque de sa cicatrisation, il vaut mieux éviter aux malade les douleurs et les délabrements d'une telle opération.

Pour quelques chancres enfin, à cause de leur forme irrégulière, de leur siège (chancres sous-préputiaux chez un malade atteint de phimosis), l'application de la méthode risquerait d'être incomplète et même elle est tout à fait impraticable.

En tenant compte des contre-indications que présente le traitement du chancre simple par les caustiques, les malades sont nombreux chez lesquels ce mode de traitement ne peut être appliqué et pour qui on doit recourir à des pansements moins énergiques; dont les uns seront des pansements humides, dont les autres consisteront dans l'emploi de poudres sèches.

Le tartrate ferricopotassique aurait, d'après Ricord, quelque chose de véritablement spécifique dans son action sur le chancre rongeur, à tendance envahissante; c'est l'ennemi né du phagédénisme. Les ulcérations sont pansées avec de la charpie imbibée du liquide suivant :

Eau distillée.....	200	grammes.
Tartrate ferricopotassique.	30	—

Les malades peuvent prendre trois cuillerées à bouche par jour d'une semblable solution.

Les attouchements du chancre avec le chlorure de zinc liquide sont un très bon mode de pansement; ils ne sont pas très douloureux et enlèvent rapidement à l'ulcération sa virulence; le chlorure de zinc liquide limite son action aux surfaces ulcérées; il n'attaque pas les surfaces encore recouvertes de leur épithélium. M. Mauriac recommande de faire les attouchements au chlorure de zinc tous les quatre jours et, dans l'intervalle, de pratiquer des lotions avec le vin aromatique.

MM. Diday et Fournier recommandent l'emploi d'une solution de nitrate d'argent. Voici la formule de la solution employée par le célèbre chirurgien de l'Antiquaillue.

Eau distillé.....	20	grammes.
Nitrate d'argent.....	8	décigrammes.

M. Fournier se sert d'une solution à 3 0/0, qu'il considère comme un topique excellent, surtout pendant les périodes de début et d'augment.

Le chancre est recouvert d'un tampon de coton hydrophile trempé dans la solution; le pansement est renouvelé trois fois par jour.

Quand le chancre est entré dans la voie de la réparation, quand la plaie se recouvre de bourgeons de bon aspect, on se contente de toucher trois fois par jour le chancre avec un pinceau trempé dans la solution et on le recouvre d'un morceau d'ouate sèche.

Avec ce traitement, le chancre simple guérit dans un espace de trois à six semaines. Le pansement a le grand inconvénient de faire des taches sur les doigts et sur le linge. Comme pansements antiseptiques, on a encore recommandé l'eau oxygénée; les solutions de chloral, de liqueur de Labarraque au quart. On peut en rapprocher les solutions au jus de citron et à l'acide citrique recommandées par MM. Rollet et Mauriac, et dont voici les formules :

Eau	20	grammes.
Jus de citron.....	6	—
Laudanum	3	—
Acétate de plomb liquide...	4	—

(Rollet.)

ou

Eau	30	grammes.
Acide citrique.....	3	—
Acide chlorhydrique	3	—
Perchlorure de fer.....	3	—

(Mauriac.)

(*A suivre.*)

Digitized by Google

REVUE DES LIVRES

Leçons de clinique médicale, par M. le Dr H, Desplats (in-8° de 96 pages. Lille 1890).

Voici l'énumération de ces leçons qui seront consultées avec profit par les médecins : *Traitement local des inflammations; traitement de la pleurésie purulente latente ; médications et médicaments antipyrétiques; hydropisie cardiohépatique; influenza; métallothérapie et suggestion.* La façon heureuse avec laquelle ces différents sujets sont traités nous fait espérer que M. Desplats, dont le style est clair et attrayant, dont les qualités de clinicien ne sont plus à démontrer, voudra donner au public médical la suite de ses leçons. H. H.

Leçons de clinique médicale, par M. le Dr J. Grasset (in-8° de 757 pages, 1891, G. Masson).

Le nouveau livre du savant professeur de Montpellier résume les quatre premières années d'enseignement à la clinique médicale de la Faculté de cette ville. Les praticiens liront ces excellentes leçons avec le plus grand intérêt et le plus grand profit pour eux, car M. Grasset est de ceux qui savent accorder dans la clinique une place importante à la thérapeutique. Voici l'énumération des principales leçons :

Les *pyrexies pneumoniques*; un cas de *cirrhose atrophique* du foie ayant débuté brusquement (publiés en 1887 dans notre journal); l'*hystéro-traumatisme*; un cas de *cardiopathie avec hémiplégie*; *hystérie mâle et astasie-abasie*; *grand et petit hypnotisme*; *grippe de* 1889-90 ; *hystérie provoquée par une maladie aiguë*; *vertige des artério-scléreux* (dont ce journal a déjà donné l'analyse), *myélite cervicale et mal de Pott*; *histoire d'une hystérique hypnotisable*; *hypoazoturie cancéreuse*; *anévrysme de l'aorte*, etc.)

Telles sont les principales questions traitées dans ce volume qui fait honneur à la Faculté de Montpellier et qui sera consulté avec grand intérêt par les cliniciens et les thérapeutes.

H. H.

Traité des maladies du foie, par M. le Dr Georges Harley, traduit par Paul Rodet (in-8° de 473 pages, Steinheil, Paris 1890).

Dans ce volume nous devons signaler particulièrement les chapitres relatifs à *l'ictère, aux affections du foie ne s'accompagnant pas nécessairement d'ictère, aux affections des voies biliaires et à l'intervention chirurgicale dans ces maladies.* Nous nous associons aux éloges que M. Tapret adresse à cet ouvrage, dans son excellente préface : « Le livre de M. Harley est en résumé, intéressant et pratique, et nous ne saurions trop remercier le traducteur M. Rodet qui vient de mettre cet ouvrage entre les mains du public médical français. »

R. D.

Recueil de faits cliniques (1883-1886), par MM. Bernheim et Simon (de Nancy). (In-8° de 251 pages. Paris 1890, O. Doin).

Il s'agit, comme le titre de ce volume l'indique, de la réunion de faits et d'observations intéressantes au sujet desquelles les auteurs entrent dans quelques développements cliniques. C'est ainsi que les auteurs publient des observations sur les maladies de l'appareil respiratoire et circulatoire, des maladies du foie et des voies biliaires, des maladies des reins, du péritoine, de l'intestin, du système nerveux, des maladies générales, etc. Les travailleurs trouveront dans ces pages une ample moisson de faits qui pourront certainement les intéresser.

H. H.

Leçons sur les maladies microbiennes (professées à l'Ecole de médecine de Toulouse), par M. le Dr Cabadé (un vol. in-8° de 642 pages. Paris, 1890, G. Masson).

Voici un livre d'actualité qui sera consulté avec fruit par tous ceux qui s'intéressent aux progrès de la science et qui réclament un exposé clair, précis et clinique de cette importante question. Après avoir insisté, dans ses premières leçons, sur les caractères généraux des microbes et des bactéries, l'auteur passe en revue un grand nombre d'affections des appareils circulatoire, respiratoire, digestif, nerveux, etc. (péricardite, pleurésie, grippe, coqueluche, maladies de l'estomac, de l'intestin et du foie, tétanos; méningite cérébrale épidémique, etc.), les maladies générales (rhumatisme, syphilis, tuberculose, pyrexies et fièvres éruptives, etc.). Nous nous associons aux éloges que M. Cornil a adressés à l'auteur dans une excellente préface, et nous disons avec lui : « Ces leçons sont d'une lecture facile, attrayante, écrites avec une clarté, une conviction et une chaleur communicatives. » H. H.

Les microbes de la bouche, par M. le Dr Th. David (un vol. in-8° de 302 pages. Paris, 1890, Alcan).

Cet ouvrage écrit par la plume autorisée du directeur de l'école dentaire de Paris est dédié à Pasteur qui, dans une courte préface, dit que ce volume, « le premier livre de vulgarisation sur un tel sujet, rendra de véritables services. » La lecture en est rendue plus facile par un grand nombre de figures empruntées pour la plupart au livre de Cornil et Babès sur les bactéries. La bouche étant le grand « réceptacle des microbes » on comprend l'intérêt considérable qui s'attache à l'étude de cette question. Car, à ne considérer, comme dit l'auteur, que les affections isolées de la dent, on voit, — étant données les notions actuelles sur leur nature microbienne, — qu'il est impossible de s'expliquer leur marche, leurs complications, l'efficacité ou l'impuissance du traitement, si l'on ne tient pas compte de ces notions. L'auteur démontre cette importance pratique par les développements qu'il donne au traitement antiseptique de la carie dentaire, de l'ostéo-périostite-alvéolo-dentaire, de la fétidité de l'haleine, etc. Ecrit avec précision et clarté, ce livre aura certainement le succès prédit par Pasteur.

H. H.

Manuel de chimie clinique : par M. le Dr Bourget, professeur à la Faculté de médecine de Lausanne. (Rueff, Paris 1891).

Le livre de M. Bourget comprend surtout l'urologie clinique, puisque cette partie compte 109 pages sur les 144 du livre entier.

A côté du manuel d'Yvon et Berlioz et de l'article si complet de M. Danlos dans le Dictionnaire pratique de médecine de Jaccoud, il y avait place pour un ouvrage plus restreint, plus condensé et si l'auteur avait ajouté quelques pages sur l'analyse du sang, du lait, il aurait fait de son œuvre un résumé complet de chimie clinique.

La partie urologique passe en revue les éléments normaux, organiques, inorganiques, les éléments anormaux de l'urine. Pour l'urée, l'auteur emploie pour l'analyse quantitative l'analyseur d'Esbach et un réactif bromosodique faible ; la formule adoptée par M. Quinquaud (3 cc de brome pour 100 cc de lessive de soude) donnerait un rendement de beaucoup supérieur, répondant presque au chiffre théorique de l'équation chimique. Quant au lieu de formation de l'urée, il s'en tient encore au foie, c'est-à-dire au mémoire de M. Brouardel de 1877, la conception actuelle est plus large, et admet la formation de la diamide carbonique aux dépens de la plupart des tissus.

Parmi les procédés d'analyse quantitative de l'acide urique, nous aurions voulu voir figurer la récente méthode de MM. Arthaud et Butte pour laquelle on se sert d'une solution A :

Sulfate de cuivre	1 gr. 484
Eau distillée	9 s. pour 250 cc.

d'une solution B :

Hyposulfite de soude	20 grammes
Sel de Seignette	40 grammes
Eau distillée	q s. pour 250 cc.

Digitized by Google

Pour faire le dosage, on mélange les deux solutions à parties égales.

Le chapitre qui a trait au glycose renferme des renseignements intéressants et quelques mots sur des réactions moins courantes, mais utiles à connaître, par exemple celle de l'indigo, de l'acide picrique et la potasse, du naphtol et de l'acide sulfurique, celle de la phénylhydrazine.

Pour la recherche du sang nous ne trouvons pas noté le mélange de térébenthine et de teinture de gaïac, qui prend une coloration bleue lorsque l'urine contient de l'hémoglobine. La recherche des médicaments dans l'urine porte sur quelques nouveaux agents : phenacétine, naphtaline, etc.

Dans le dosage des corps contenus dans les différents liquides et l'analyse du suc gastrique, l'auteur à tenu à ne pas s'égarer dans des méthodes complexes. Du reste tout le livre est conçu sur ce plan qui excuse quelques omissions ; il a voulu donner tout ce que le médecin pouvait faire sans grand attirail chimique.

Dr H. Gillet.

Recherches expérimentales sur les leucocytes (2e fascicule) par le Dr E. Maurel. (Doin, Paris 1890).

Le mémoire de M. E. Maurel a comme sous-titre : rapports constants entre la température normale d'un animal et les plus hautes températures supportées par ses leucocytes. C'est à prouver cette loi de biologie générale que l'auteur s'est attaché dans un livre de 132 pages. Prenons quelques exemples : chez l'homme, la température normale la plus élevée devant être fixée à 39° environ, et la température la plus élevée supportée par les leucocytes étant 46°, la distance qui sépare ces deux extrêmes est de 7°. Chez le chien, même résultat ; la température normale de cet animal est de 1° 5 plus élevé que chez l'homme et les leucocytes supportent jusqu'à 50°, 51°5.

H. G.

Revue des médicaments nouveaux, par M. C. Crinon (Rueff, Paris 1891).

On trouve dans ce catalogue détaillé et par lettre alphabétique les substances le plus nouvellement introduites dans la pratique médicale, comme le bétol (salicylate de naphtol), l'aristol mais on y rencontre aussi des corps comme l'ergotinine, la digitaline cristallisée etc., et en général les principales substances pharmaceutiques qui ne sont pas inscrites dans le codex et dont la nouveauté est beaucoup moins réelle. C'est un complément aux thérapeutiques même récentes ; chaque produit y est mentionné avec son origine, sa préparation, son effet physiologique, ses applications thérapeutiques et ses doses.

H. G.

Instructions ministérielles sur l'aptitude physique au service militaire (Paris, 1891, Nony).

Cette brochure intéresse les médecins qui sont appelés si souvent à donner leur avis sur la situation qui pourra être faite aux jeunes gens, au moment de l'appel sous les drapeaux. On y trouvera non seulement l'énumération des maladies qui rendent impropres au service militaire, mais, chapitre très pratique, un résumé des conditions dans lesquelles on doit procéder à l'examen physique des hommes et juger de leur aptitude aux différentes armes. C'est un travail utile à consulter.

S. R.

Annuaire de la jeunesse, par M. H. Vuibert (Paris, 1890, Nony).

Ce livre, excellent guide des jeunes gens, est une encyclopédie de l'enseignement. Il peut diriger dans le choix d'une profession et, de plus, il permettra à ceux qui ont fait leur choix, de s'orienter dans le dédale des réglements et des programmes, pour conduire fructueusement leurs études.

Les étudiants en médecine y trouveront à ce point de vue tous les renseignements désirables. Ce livre comble une lacune.

S. R.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

OPHTALMOLOGIE

I. **Traitement de l'ophtalmie purulente.** —. On doit, suivant les périodes de la maladie, le formuler ainsi :

1° *Période initiale.* — La sécrétion est transparente, pas de cautérisations (Horner), mais la médication antiseptique (Valude) par des irrigations d'eau boriquée ou l'application sur les paupières de compresses imbibées d'une solution très froide de sublimé au millième.

Dans le cas de gonflement palpébral, préférer la solution de naphtol A au cinq millième (Valude).

2° *Période d'état.* — La sécrétion est franchement purulente : cautérisation et antisepsie.

Les *cautérisations* seront bi-quotidiennes et pratiquées avec un pinceau doux imbibé avec une solution de nitrate d'argent à 5 pour 100, ou bien avec le crayon de nitrate d'argent mitigé. Les faire suivre d'un lavage oculaire neutralisant à l'eau salée.

Pour les *irrigations* antiseptiques : employer les solutions naphtolées, boriquées ou au sublimé. Dans leur intervalle, appliquer sur l'œil des compresses imbibées de ces mêmes solutions.

Contre les chemosis : mouchetures et scarifications. Contre les ulcérations cornéennes : pas de caustique argentique, mais un pansement iodoformé.

3° *Période de déclin.* — Diminution de la suppuration et du gonflement palpébral.

Continuer les attouchements avec la solution argentique dont on abaissera le titre à 2, puis à 1 pour 100. Continuer les irrigations et les compresses antiseptiques.

Si la suppuration tarde à se tarir, prescrire les irrigations opiacées (Tarnier) qui ralentissent la production du pus :

Extrait d'opium.....	0 gr.10
Eau bouillie.....	1000 gr.

De plus, pratiquer deux fois par jour, entre les paupières, l'instillation de quelques gouttes du collyre de Valude :

Nitrate d'argent.....	0 gr.10
Laudanum de Rousseau...	X gouttes
Eau distillée.....	10 gr.

MALADIES DES ENFANTS

II. **La posologie des bromures chez les enfants** — On donnera la préférence aux bromures de potassium et de sodium, en n'oubliant point que celui-ci est plus instable que celui-là.

Aux enfants de un an : dose quotidienne maxima, 20 centigr. à prendre en deux prises : chaque prise avant une tétée. M. Jules Simon recommande, à cet âge, de les réserver seulement contre les accidents graves (convulsions, etc.).

De un à deux ans : dose quotidienne, 40 centigr. en deux fois, dans un sirop ou mieux dans un véhicule abondant et au moment des repas.

De deux à trois ans : dose quotidienne, 1 et même 2 grammes, mais par doses progressives, pendant trois ou quatre jours. Puis, suspension du traitement bromuré durant une semaine.

Digitized by Google

Au delà de trois ans : M. Jules Simon emploie les doses massives, jusqu'à effet thérapeutique. A cet âge, la tolérance est plus grande et le danger de troubles gastro-intestinaux beaucoup moindre.

S. R.

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur deux cas d'énucléation de l'œil

Par MM. les Drs Chavier, *médecin-major de 2e classe* et Bazin, *aide-major de 1re classe*

Tout praticien peut être appelé à faire une énucléation de l'œil, et comme le récent ouvrage de M. le Dr Tillaux devenu, à juste titre, classique, se trouve actuellement dans toutes les mains, il se pourrait que nos confrères voulussent employer exclusivement le procédé opératoire qu'il a décrit le premier sous l'appellation de *Procédé d'énucléation d'arrière en avant*, par opposition à celui de Bonnet qui se pratique d'*avant en arrière*.

Aussi nous avons jugé bon d'attirer leur attention sur quelques difficultés de pratique qu'ils pourraient rencontrer dans certains cas, en nous appuyant sur les deux observations suivantes, brièvement résumées :

Obs. I. — Chaloum Berguig, juif tunisien, âgé de vingt-cinq ans, se présente à notre visite le 15 janvier dernier ; il réclame notre intervention pour un staphylome ancien de l'œil gauche avec augmentation considérable du globe oculaire et douleurs persistantes.

La cornée fait saillie dans la fente palpébrale dont elle empêche l'occlusion (buphtalmie).

Pour différentes raisons, nous nous décidons à une intervention radicale.

L'énucléation est pratiquée le lendemain, et nous procédons, tout d'abord, selon les indications de M. Tillaux.

Le droit externe coupé, et le nerf optique sectionné à son entrée dans l'œil avec les ciseaux courbes introduits derrière le globe, nous tentons de faire basculer l'œil et de le faire sortir par la boutonnière conjonctivale. Mais ici, une première difficulté se présente ; la pince ne mord pas, elle ne s'implante pas bien dans la sclérotique, puis le mouvement de bascule ne s'opère pas, et la luxation de l'œil ne peut pas être obtenue sur le moignon formé par le petit bout du tendon du droit externe que nous avons laissé ; nous appliquons la pince, même difficulté. Après plusieurs tentatives infructueuses, les autres tendons sont coupés et l'opération se termine avec la plus grande facilité.

Obs. II. — Le 7 février, un arabe adulte, présentant également un staphylome sclérotical faisant une saillie considérable, vient demander à être débarrasser de son œil.

L'opération est pratiquée dans les mêmes conditions que ci-dessus, et, comme précédemment, apres avoir essayé d'enlever l'œil par le procédé Tillaux, nous avons dû recourir à celui de Bonnet pour terminer l'énucléation.

Les avantages que Tillaux attribue à son procédé sont la rapidité et la facilité ; soit, mais à une condition, c'est que la rotation de l'œil s'effectue elle-même facilement et rapidement.

Or, tout au moins pour quelques cas particuliers, et notamment pour les staphylomes antérieurs avec tension des milieux et augmentation considérable du volume du globe, nous ne croyons pas que les choses se passent avec autant de facilité. Dans nos deux observations, nous avons éprouvé une difficulté réelle, et ce n'est qu'après des tentatives réitérées que nous nous sommes décidés à couper les trois tendons et à revenir à l'opération de Bonnet que nous avions déjà employée avec succès. Bien qu'ayant conservé un moignon du tendon antérieur pour attirer le globe, nous avons pu constater que ce tendon ne fournissait qu'un médiocre point d'implantation pour la pince à griffes qui en déchire les fibres sans réussir à attirer suffisamment l'organe, et qu'avec un œil tendu, la pince ne se fixait qu'imparfaitement dans la sclérotique et que, de ce fait, la difficulté de la rotation était encore augmentée.

Quant à l'ouverture de la loge postérieure à laquelle le procédé de Tillaux exposerait moins, nous n'y insisterons pas ; il nous semble qu'en rasant le bulbe avec des ciseaux courbes, cette complication n'est guère à redouter.

REVUE DES CONGRÈS

Cinquième session du Congrès français de chirurgie (1)

Du 30 *Mars au* 4 *Avril* 1890.

Des résultats de l'extirpation des annexes de l'utérus dans les affections non néoplasiques de ces organes. — M. Spencer Wells (de Londres). On ne peut encore préciser les résultats éloignés de cette opération, qui ont été peu étudiés ; les chirurgiens se sont surtout préoccupés des résultats immédiats. Quant à lui, il estime que l'on a fait abus de l'oophrectomie, car il est certain qu'un certain nombre de salpingites peuvent guérir sans opération.

M. Lawson Tait (de Birmingham). L'extirpation des annexes dans les conditions énoncées donne d'excellents résultats opératoires ; sa statistique mortuaire est de 3 0/0, ce qui est un chiffre extrêmement faible. Il est plus difficile de se prononcer sur les résultats éloignés, et, à ce point de vue, il divise les faits en trois catégories : 1° opération faite pour une affection de l'utérus : fibrome, dysmenorrhée ; 2° castration pour une lésion consécutive à l'inflammation des annexes : salpingite, pyo-salpingite. 3° castration pour troubles nerveux, d'origine ovarienne.

La castration pour fibromes de l'utérus donne les meilleurs résultats éloignés : Sur 271 opérations de ce genre, 257 fois il a obtenu une guérison complète, soit que la tumeur ait disparu, soit qu'elle ait diminué, ou que, par son changement de volume, les souffrances aient pris fin. Certaines métrorrhagies, de cause inconnue, sont également guéries par la castration ovarienne. On a dit que cette opération, chez certaines femmes, était une cause de folie ; sur toutes ses opérées, il n'en a pas observé un seul cas ; il a vu, au contraire, trois cas de folie guéris par la castration pratiquée pour fibromes.

Les résultats éloignés pour les faits de la seconde catégorie sont discutables, suivant la gravité des cas. Quant l'opération a été facile, les malades sont, en général, radicalement guéries ; mais quand l'opération a été laborieuse, qu'il a fallu rompre de nombreuses adhérences, les opérées présentent quelquefois les fistules, des hémorrhagies internes qui nécessitent une nouvelle intervention. D'une manière générale, la guérison est plus longue à se produire, mais elle est le plus souvent complète.

Quant à la cure par la castration de certaines maladies nerveuses, telle que l'épilepsie menstruelle, il est encore fort réservé sur ce sujet. Certains faits de ce genre, dans lesquels il a obtenu la guérison par la castration, lui donnent à penser que peut-être il y aura beaucoup à faire dans cette voie, quand nous connaîtrons mieux les indications opératoires de la méthode.

M. Jacobs (de Bruxelles) a pratiqué 58 fois l'ablation des

(1) Fin. — Voir n° 14.

Digitized by Google

annexes pour des affections non néoplasiques de ces organes, et a obtenu 14 guérisons opératoires. Il a vu quelquefois la retroversion utérine être la conséquence de l'opération ; aussi il pratique souvent l'hystéropexie après la castration Ses conclusions sont les suivantes :

1° Les résultats éloignés sont très favorables dans les pyo-salpingites, les hémato-salpinx.

2° Ils sont moins satisfaisants dans les salpingites catarrhales.

3° La castration ne modifie pas l'état des femmes nerveuses.

M. Le Dentu (de Paris) a pratiqué 34 fois l'ablation des annexes de l'utérus pour des lésions inflammatoires des ovaires et des trompes : il n'a eu qu'une mort opératoire. En examinant les résultats éloignés de ces opérations, on voit que la plupart de ces malades sont radicalement guéries, tandis que d'autres continuent à souffrir pendant un temps plus ou moins long. La guérison reste souvent incomplète chez les névropathes. La présence d'adhérences que l'on a dû rompre, la métrite, jouent un certain rôle dans l'état douloureux prolongé des opérés. Une fois M Le Dentu a dû faire l'hystérectomie après l'ablation des annexes. Quelquefois aussi il est nécessaire de dilater l'utérus après cette extirpation pour faciliter l'écoulement des liquides provenant de lambeaux de trompe ou d'ovaire restés en place. Il est donc nécessaire de faire, dès le début, l'ablation des annexes aussi complètement que possible.

M. Terrillon, de Paris, a pratiqué 140 ablations des annexes ; parmi les lésions, il compte 82 salpingites parenchymateuses blennorrhagiques, 46 salpingites purulentes, 10 hemato-salpinx. 8 ovarites tuberculeuses, 4 hydro-salpinx : résultats immédiats : 131 guérisons et 9 morts.

Il ne donnera les résultats éloignés que pour ses 90 premières opérées, les autres cas étant trop récents. Parmi elles, *quatre* sont mortes, 74 sont absolument guéries. Les 12 autres présentent des accidents bénins, douleurs abdominales, dysmenorrhée, 4 sont encore malades. Enfin trois des malades, qui n'ont été opérées que d'un seul côté, sont devenues enceintes.

Dans la dernière série des opérées, trois femmes ont présenté des accidents bizarres quelques semaines après l'opération ; elles se plaignaient de douleurs vives dans les fosses iliaques ; le palper abdominal et le toucher vaginal firent reconnaître la présence d'une tumeur molle, fluctuante, située dans les ligaments larges ; la ponction de cette masse permit de retirer un liquide séreux, non purulent et suffit pour amener la guérison. M. Terrillon pense qu'il s'agit, dans ce cas, d'un liquide séreux secrété par des adhérences péritonéales post-opératoires.

M. Bouilly. — Les résultats éloignés de l'ablation des annexes sont excellents dans les pyosalpingites et les ovarites suppurées ; ils sont moins favorables dans les salpingites catarrhales interstitielles. Les causes d'insuccès après l'ablation des annexes sont les suivantes : poussées péritonéales récidivantes, douleurs abdominales, écoulements utérins. Les poussées péritonéales se produisent surtout après l'ablation incomplète des annexes chez des femmes jeunes. Le retour des douleurs après la laparotomie s'observe dans le cas d'ovarite kystique, et chez certaines femmes nerveuses. Enfin le mauvais état de la muqueuse utérine qui se traduit par des metrorrhagies peut nécessiter le curettage.

Sur 70 opérations, il a eu 8 fois des accidents, 2 fois des péritonites graves heureusement terminées, 3 fois des douleurs tenaces, 3 fois des écoulements muco-purulents qui ont guéri par le curettage.

M. Richelot a réuni 150 cas d'ablation des annexes pour des affections non néoplasiques de ces organes. Les pyo salpingites, les ovarites suppurées sont les affections qui donnent les résultats les plus brillants et les plus rapides. Les ovarites à petits kystes n'ont pas moins bien guéri, mais le succès est quelquefois un peu plus long à se produire. Il en est de même des salpingites chroniques parenchymateuses avec adhérences. Enfin les névralgies de l'ovaire, l'hystérie vraie sans lésion ovarienne, ainsi qu'il en rapporte un cas, peuvent être très heureusement modifiées par la castration.

M. Pozzi est plus que jamais convaincu de l'efficacité de la laparotomie pour le traitement des lésions inflammatoires des annexes ; il proteste contre les grandes cicatrices abdominale, et les éviscérations consécutives ; celles-ci peuvent toujours être évitées lorsque l'on emploie la suture à trois étages qu'il préconise pour la fermeture du ventre.

M. Segond oppose les résultats obtenus par la laparotomie à ceux de l'hystérectomie vaginale pour le traitement des lésions inflammatoires des annexes. Sur 18 laparotomies il a eu une mort et 17 guérisons opératoires, qui se divisent ainsi : 5 guérisons radicales pour pyo-salpingites ; 7 malades opérées de salpingites catarrhales conservent des douleurs, deux ont eu des métrorrhagies qui ont résisté au curettage ; enfin trois ont des hernies, malgré les précautions prises pour la suture abdominale. S'il compare ces résultats à ceux de ses 17 hystérectomies vaginales, il trouve ces derniers bien supérieurs, toutes ses malades sont radicalement guéries, sans avoir présenté aucun accident consécutif.

M. Routier (de Paris) a pratiqué, depuis 1887 jusqu'en 1890, 52 ablations des annexes, 27 pour pyo-salpingites dont 4 tuberculeuses, 7 hydro-salpinx, 7 hemato-salpinx, 11 ovarites interstitielles ; chez presque toutes, les suites ont été excellentes, sauf certaines poussées congestives vers la face, des malaises, à l'époque présumée des premières règles.

La suppression absolue de la menstruation a toujours suivi l'ablation totale des annexes ; les règles ont reparu chez quelques malades où cette ablation avait été incomplète.

L'atrophie utérine est pour ainsi dire constante ; l'utérus devient petit, dur, comme réduit à l'état infantile.

Certaines femmes ont continué à éprouver des douleurs abdominales, mais l'état névropathique de ces malades jouait certainement un grand rôle dans la persistance des douleurs.

Des diverses espèces de suppurations au point de vue bactériologique et clinique. — M. Lannelongue, persuadé que l'affection qu'il avait étudiée en 1878, sous le nom d'osteomyélite aiguë des adolescents, était d'origine infectieuse, pria M. Pasteur d'en faire l'étude microbiologique en 1880. et il obtint par cultures un microbe semblable à celui du furoncle ; mais le staphylococcus n'est pas le seul agent pathogène, on trouve aussi des ostéomyélites à streptocoques et à pneumocoques. M. Lannelongue, assisté de M. Achard, a étudié expérimentalement l'action des deux premiers microbes.

Les injections de cultures du staphyloccocus caureus produisent, en ce qui concerne les os, des abcès sous-périostiques, des abcès intra-médullaires, des infiltrations purulentes, des nécroses, des décollements épiphysaires. On a obtenu les mêmes lésions avec le S albus, mais avec des doses plus fortes, ce qui indique une virulence moindre du microbe.

Le streptocoque a produit les mêmes désordres, et une plus grande fréquence des arthrites et des erysipèles. L'osteomyélite à staphylocoques présente le tableau classique bien connu. Les osteomyélites à streptocoques, moins fréquentes, offrent au début des symptômes généraux plus intenses ; la fièvre est plus vive, la température monte rapidement à 40°, puis descend en deux ou trois jours, et n'offre plus que de grandes oscillations du matin au soir. La suppuration est rapide à se former et très étendue ; la peau, à ce niveau, est atteinte d'angioleucite réticulée. Enfin les complications articulaires sont plus fréquentes dans cette forme d'inflammation osseuse. Dans deux cas qu'il a observés, M. Lannelongue n'a pas rencontré de nécrose.

Enfin il a observé deux cas d'osteomyélite spontanée des extrémités du fémur caractérisées par la présence de pneumoco-

Digitized by Google

ques. Les articulations voisines suppurèrent rapidement; néanmoins la guérison fut obtenue définitive et complète.

En résumé, la clinique, d'accord avec les enseignements de la physiologie expérimentale, établit que les osteomyélites à staphylocoques sont les plus graves; celles à streptocoques viennent ensuite; et enfin les osteomyélites à pneumocoques sont les plus bénignes.

M. Verneuil. — Les recherches bactériologiques nous ont révélé sur le diagnostic des suppurations des notions très importantes et que l'on peut résumer en ces termes.

Dans toutes les suppurations on trouve des microbes pathogènes, de même espèce, ou associés à des espèces différentes. Ils peuvent exister non seulement dans le pus, mais encore dans les parois du foyer, quelquefois même seulement dans ces parois.

Les microbes pyogènes pénètrent toujours dans l'organisme par une solution de continuité et y déterminent des cultures purulentes ou au contraire restent à l'état latent pendant un temps plus ou moins long et indéterminé.

Il est important de reconnaître, par l'examen bactériologique ou par la méthode des cultures, l'espèce des microbes contenus dans un foyer purulent et la nature des véritables agents pathégènes, car les moyens thérapeutiques mis en action pour les détruire, doivent être appropriés à chaque variété de microbe; ils ne devraient donc pas être les mêmes pour tous.

M. Reclus (de Paris) rapporte un fait qui prouve que tout n'a pas encore été dit sur les métastases. Une femme de 40 ans, dans une quinte de toux, se rompt des fibres du muscle droit de l'abdomen, d'où résulte un vaste épanchement sanguin avec ecchymoses. Quinze jours après elle contracte un érysipèle de la face qui guérit facilement.

Mais la suppuration se déclare dans le foyer sanguin, et à l'ouverture de cet abcès on trouve une culture pure de streptocoques, On peut admettre avec raison que le microbe de l'érysipèle est venu se localiser dans un point qui avait été préalablement le siège du traumatisme.

M. Bazy (de Paris). Certaines formes de cystites, dites *à frigore* ou rhumatismales, peuvent être rattachées à d'autres causes, en particulier à une infection partie d'un autre point du corps. C'est ainsi que M. Bazy a observé des cystites du col chez des malades indemnes de blennorrhagie, de tuberculose ou d'affection des voies urinaires, mais atteints soit d'un abcès dentaire, soit d'une bronchite chronique ou d'une suppuration prépuliale, comme dans les cas qu'il rapporte. Ces cystites guérissent en général très facilement par des moyens simples, ce qui les distingue des autres inflammations de la vessie, en général plus tenaces.

M. Gérard Marchand (de Paris) rapporte un cas de thyroïdite, spontanée, dans le pus de laquelle l'examen bactériologique révéla la présence du pneumocoque, à l'exclusion de tout autre organisme.

Pathogénie de la fièvre consécutive aux oblitérations artérielles. — MM. Gangolphe et Courmont (de Lyon) ont étudié expérimentalement la pathogénie de la fièvre au début des oblitérations artérielles et jusqu'à la formation du sillon d'élimination des parties gangrénées. Les résultats de ces recherches peuvent être résumés de la façon suivante : 1° L'existence de cette fièvre n'est pas due à la pénétration des microbes dans l'organisme; elle paraît due à la résorption des produits solubles pyretogènes, sécrétés par les cellules des organes en voie de nécrobiose.

L'abaissement de la température au moment où le sillon d'élimination s'établit, est due à la diminution du processus de nécrobiose et à la diminution de l'apport vasculaire.

Ces produits pyrétogènes existent en assez grande abondance dans les tissus en voie de nécrobiose; ils sont précipitables par l'alcool et solubles dans l'eau glycérinée.

Excision de la vésicule séminale et du canal déférent tuberculeux. — M. Roux (de Lausanne) pense que l'on doit intervenir aussi complètement que possible dans la tuberculose des organes génétaux, qu'il considère comme une tuberculose locale. Les interventions de ce genre ont pour résultat d'éviter une contamination générale de l'organisme par le bacille spécifique, ou, si les poumons sont déjà envahis, de tarir des fistules interminables. Des deux observations qu'il rapporte, l'une est fort probante à cet égard. Un homme de 40 ans était atteint de tuberculose du testicule gauche, avec infiltration tuberculeuse du canal déférent jusqu'à la vésicule séminale correspondante. Les poumons étaient sains. Il pratiqua l'extirpation totale des lésions. Dans un premier temps, il fit la castration et réséqua le cordon aussi haut que possible sur une étendue de six centimètres, puis sutura la plaie. Dans un second temps, il fit la taille périnéale et extirpa la vésicule séminale qu'il sectionna au niveau de son col; puis le reste du canal déférent fut attiré au dehors par cette voie. La réunion se fit par première intention et le malade est resté indemne de tuberculose depuis un an. M. Roux pratiqua la même opération chez un second malade atteint de tuberculose du testicule, du cordon et de la vésicule séminale; les résultats opératoires furent bons, mais il ne peut se prononcer sur les résultats définitifs, car une injection de lymphe de Koch provoqua chez cet individu des accidents dont il est à peine remis. Quoiqu'il en soit, la première observation de M. Roux montre que cette opération fort étendue peut être faite avec succès.

Rétention d'urine de la blennorrhagie aiguë. — M. Rochet (de Lyon). Un jeune homme, au début d'une blennorrhagie, est atteint d'une rétention d'urine absolue, qui dure vingt-cinq jours. Le malade ne souffrait pas, ne sentait aucun besoin d'uriner : il n'existait ni spasme, ni rétrécissement de l'urèthre; on notait, en même temps, une constipation opiniâtre. L'électrisation hypogastrique amena la guérison. M. Rochet admet que, dans ce cas, il s'agissait d'une paralysie vésicale relevant peut-être d'une lésion medullaire, de cause blennorrhagique.

Traitement des abcès urineux. — M. Desnos. Lorsque l'abcès périnéal a été ouvert, s'il n'est pas anfractueux et s'il se vide bien, cet auteur est d'avis de pratiquer l'urèthrotomie interne immédiate, avec sonde à demeure, pour éviter la formation de fistules urinaires, qui sont la complication fréquente de ces infiltrations.

Il rapporte cinq observations dans lesquelles cette pratique lui a parfaitement réussi.

Étranglement interne; laparotomie, guérison. — M. Monprofit (d'Angers) rapporte l'observation d'un jeune homme qui, après avoir présenté au mois d'août 1890 des accidents de péritonite aiguë, fut pris, deux mois après, d'étranglement interne. M. Monprofit porta le diagnostic d'étranglement par bride intestinale et pratiqua la laparotomie quatre jours après le début des accidents. Il trouva l'intestin coudé brusquement sur une bride fibreuse; la constriction était telle que le passage des matières était absolument impossible; lorsque la bride fut sectionnée, les matières reprirent leur cours normal.

La guérison était complète au bout de huit jours. Cette observation est d'autant plus remarquable que l'opération fut faite, en pleine campagne, dans une chambre de ferme, et sans aide d'aucune sorte.

Plaie pénétrante abdominale par balle de revolver; laparotomie, guérison. — M. Berger rapporte le premier cas de guérison de plaie de l'intestin par balle de revolver, observé à Paris, après laparotomie. Un garçon de 18 ans est

Digitized by Google

amené le 1er mars, au matin, dans son service; il avait reçu, quelques heures auparavant, un coup de revolver dans l'abdomen; pas de vomissements, pouls normal, facies bon, pas de sensibilité du ventre. A droite de l'ombilic, on voyait l'orifice de pénétration du projectile. Deux heures après, les symptômes de la péritonite apparaissaient et décidèrent M. Berger à intervenir sept heures après l'accident. Le cœcum présentait, sur sa face antérieure, une petite perforation, qui fut fermée par six points de sutures. Au voisinage, une anse d'intestin grêle, perforée de part en part, fut suturée de la même façon. L'intestin fut ensuite examiné sur toute son étendue; il n'existait pas d'autre perforation: le projectile ne put être retrouvé. Les deux premiers jours se passèrent sans incident; le troisième, apparut un ictère intense ; le huitième jour, la plaie se désunit et donna passage à un litre de liquide séreux ; néanmoins, les sutures intestinales tinrent bon, et la plaie finit par se guérir par seconde intention. Aujourd'hui, l'état du malade est aussi satisfaisant que possible.

Anesthésie locale par le chlorure d'éthyle. — M. Redard préconise le chlorure d'éthyle comme moyen d'anesthésie locale ; il est renfermé dans de petits flacons en verre à pointe effilée, que l'on brise très facilement. Il suffit alors de diriger sur la surface cutanée le liquide évaporé par la chaleur de la main; l'anesthésie est très rapide. Il faut, au préalable, enduire la peau de glycérine ou de vaseline ; l'abaissement thermique est rapide et produit une anesthésie complète.

Dr H. Marciguey.

Congrès de la Société allemande de chirurgie

Tenu du 1er au 4 avril 1891

(D'UN CORRESPONDANT)

Berlin, 5 avril 1891.

Ce Congrès, le vingtième que tient cette Société, vient de se terminer. Il a été, en grande partie, consacré au remède de Koch. A cette occasion, c'était là, comme vous le dites en France, le *clou* de la réunion et une occasion pour les chirurgiens de donner leur opinion sur la valeur de ce remède comme agent thérapeutique et moyen de diagnostic.

Inutile de signaler, autrement qu'à titre de renseignement, les communications de M. Kuster: sur un cas de *choledochotomie*; de M. Bruns: sur un cas de *névrome plexiforme*; les présentations de malades: par M. Brenda *(Trépanation pour épilepsie corticale)* ou par M. Schonborn *(Restitution osseuse du crâne par le procédé de Konig)*; ou bien encore, la production devant les membres du Congrès de photographies *(Extirpation d'un goître kystique)* par M. Bruns, et d'échantillons de culture d'actinomycose, par M. Wolff...

M. Bergmann avait reçu mission de faire le rapport sur **la méthode de Koch en chirurgie**: c'était lui, on s'en souvient, qui essaya, le premier, le remède sur des malades. Son avis est donc celui d'un ami de la veille.

La réaction générale et la réaction locale de l'organisme tuberculeux inoculé sont, dit-il, de valeur diagnostique certaine. La lymphe reste donc, aujourd'hui comme il y a quelques mois, un bon réactif des lésions tuberculeuses latentes.

Quelle en est la valeur thérapeutique? Ici, M. Bergmann s'efforce de réfuter les faits dans lesquels on a vu la tuberculine provoquer la granulie. Il y a bien eu, après son introduction dans l'organisme, production de foyers tuberculeux nouveaux? Soit, répond M. Bergmann; mais c'étaient peut-être des foyers latents que l'action du remède a mis en évidence. D'ailleurs, est-ce que toute intervention, ajoute-t-il, portant sur une lésion tuberculeuse, ne fait point courir au malade le risque d'une généralisation de la tuberculose?

Tout en plaidant les circonstances atténuantes qui doivent mettre le calme dans sa conscience chirurgicale, M. Bergmann se montre moins satisfait comme thérapeute.

La lymphe de Koch peut amener, dit-il, encore, des améliorations temporaires. N'en observe-t-on pas dans le lupus après un érysipèle ou une inflammation vive? Mais, en examinant anatomiquement les tissus, en apparence guéris, on constate que les tubercules n'ont point complètement disparu et qu'inoculés aux animaux, ils produisent l'infection. Donc, il faut compter sur des récidives, et la lymphe de Koch, qui produit des phénomènes spécifiques remarquables, ne donne point de résultats thérapeutiques satisfaisants.

Cette opinion est partagée par M. Konig (de Gœttingue). Des améliorations apparentes, dit-il: cicatrisation des lupus; diminution du volume des tumeurs blanches, mais point de guérisons définitives.

M. Koch avait annoncé que, dans le processus inflammatoire qu'il provoquait, il y avait du sphacèle. Sur ce point, l'accord n'a pu se faire entre les chirurgiens. Pour M. Konig, c'est question de doses. Il admet, opinion de conciliation, que, si la dose est faible et la réaction locale peu énergique, l'inflammation locale se produira seule. La dose est-elle élevée et la réaction vive? Il y aura sphacèle et aussi nécessité d'intervenir avec le bistouri.

Des pièces anatomiques présentées par MM. Schimmelbusch (de Berlin) et Karg (de Leipsig), il résulte, en effet, que, sous l'influence du remède, une poussée inflammatoire se produit avec accumulation de cellules lymphatiques autour des foyers tuberculeux, mais que, contrairement aux assertions de Koch, il n'y a point de nécrose du tissu tuberculeux. De plus, dans les coupes de tissu lupeux, cicatrisé et guéri, disait-on — il y a « encore des cellules géantes contenant des bacilles colo- » rables. »

A ces témoignages, il faut ajouter ceux de Tiersch et de Lasser (de Halle), qui annoncent des cas de récidive du lupus et qui, démonstration plus frappante, en présentent des exemples.

Après le réquisitoire, la défense. Contrairement à l'attente, celle-ci a été, somme toute, assez molle.

M. Lévy, collaborateur de Koch, dont la presse politique a, dans ces derniers mois, si souvent reproduit le nom, a, lui aussi, présenté des ulcères lupiques cicatrisés. Seulement, il a été obligé de convenir que la preuve certaine de leur guérison ne se trouve pas dans le fait seul de cette cicatrisation.

M. Schede (de Hambourg) est aussi satisfait du remède et moins réservé sur sa valeur définitive Il a vu, dit-il, des lupus, des arthrites tuberculeuses et des tuberculoses génito-urinaires guérir ou s'améliorer, résultats qu'aucun autre traitement n'aurait pu, ajoute-t-il, procurer. Seulement, — il paraît qu'il y a un secret pour cela, — il faut, ajoute-t-il encore, savoir manier le remède, l'employer à faibles doses, et surtout suralimenter le malade, le faire vivre au grand air et en appeler, enfin, à toutes les ressources de l'hygiène et de la thérapeutique.

Plus optimiste encore est M. Lauenstein (de Hambourg). Pour lui, l'intervention opératoire, pour évacuer les tissus nécrosés, serait superflue. Pour sa part, il aurait obtenu des résolutions sur place.

A ces affirmations, il convient d'opposer celles, plus modérées, de Westphal et Sonnenburg (de Berlin). Le premier a obtenu l'amélioration de trois cas d'arthrite tuberculeuse du genou. Le second a pratiqué l'ouverture de cavernes pulmonaires à la suite des injections du remède. Chez l'un des opérés, la plaie thoracique est cicatrisée, et il n'existerait plus de bacilles dans les crachats. Le malade était un tuberculeux ; il serait devenu bronchitique. M. Sonnenburg semble l'espérer.

Digitized by Google

Chez l'autre opéré, la plaie thoracique n'est point encore fermée.

Malgré ces résultats relativement heureux d'une opération hasardée, le chirurgien berlinois ne proclame point la guérison de ces deux tuberculeux. Une telle intervention, dit-il encore, est possible seulement dans peu de cas : quand les lésions sont bien limitées et qu'il existe des adhérences pleurales permettant d'éviter le pneumothorax.

L'opinion de la majorité des chirurgiens allemands se dégage-t-elle de ce débat? M. Kœnig a paru la traduire : « A l'enthousiasme exagéré, a-t-il dit, a succédé un découragement non moins excessif. » La découverte de Koch n'a point tenu « ses promesses thérapeutiques »; sa valeur « diagnostique seule » paraît plus réelle.

Toute autre remarque me semble superflue. Auditeur étranger et impartial de ce débat, il me semble que, dès à présent, dans un procès scientifique ainsi ouvert, mais non clos, le jugement définitif ne paraît plus douteux, même en Prusse. K. D.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 avril 1891

Présidence de M. le Dr Polaillon

Deux cas d'encéphalocèle et de spini-bifida. — M. Berger rend compte de deux importantes observations présentées par M. Picqué. La première a trait à un enfant nouveau-né atteint d'un volumineux encéphalocèle. La tumeur développée sur la partie postérieure du crâne, présentait tous les caractères des hydro-encephalocèles. La compression de cette tumeur n'avait aucun changement dans la situation de l'enfant; celui-ci était dans un état demi-comateux. Il y avait donc urgence à opérer. Une première ponction au bistouri amena l'évacuation du liquide; la poche vidée dépendait du lobe occipital; au-dessous d'elle existait une seconde tumeur contenue dans les méninges, et semblait être un lobe du cervelet. Elle fut également ponctionnée et le liquide soigneusement recueilli. Les parois de ces poches furent excisées avec les ciseaux; plusieurs ligatures furent nécessaires et la plaie fut renfermée à l'aide de sutures.

L'enfant guérit sans incident, mais l'observation ne fait pas connaître son état actuel.

Le liquide du cervelet, examiné par M. Patein, ne présentait pas les caractères chimiques du liquide cephalo-rachidien. M. Picqué pense que la tumeur était constituée par un kyste intra-cérébral et intra-cérébelleux; c'est donc une variété d'encéphalocèle.

Toutes les interventions ne sont pas aussi heureuses que celle de M. Picqué dans le traitement de cette affection. L'évacuation du liquide chez ce malade n'a déterminé aucun accident; cependant la mort a été observée dès ce premier temps de l'opération par décompression brusque de l'encephale. On sait que les lésions nerveuses graves, les meningo-encephalites consécutives sont également fréquentes pendant et après cette opération.

La seconde observation de M. Picqué a trait à une opération de spina-bifida. Une enfant âgée de 15 jours est apportée à Lariboisière dans le service de ce chirurgien. Elle présentait dans la région lombo-sacrée un spina-bifida long de huit centimètres sur six de large à surface bourgeonnante. Une eschare s'était formée à la partie postérieure de la tumeur.

Cette menace de rupture décida M. Picqué à intervenir de suite. Assisté de M. Berger, il fendit verticalement la poche et tomba dans une cavité hystique sans communication avec le canal rachidien. Sur les côtés de ce kyste formé par les lames vertébrales écartées, on voyait des tractus fibreux, se portant vers le rachis et ne paraissant pas être des nerfs. Ces cordons furent enlevés puis la poche réséquée. L'enfant guérit de l'opération, mais au bout d'un mois, on notait une paraplégie et un commencement d'hydrocéphalie.

La pathogénie de ces accidents est assez difficile à établir. Deux hypothèses sont admissibles : ou bien une lésion de l'extrémité inférieure de la moelle et des nerfs, ou une meningo-myélite à forme ascendante.

M. Bazy. Il se peut également que cette hydrocéphalie à l'état latent au moment de la naissance, ait continué de se développer après l'opération. Un fait, dont il a été témoin, permet d'établir cette hypothèse. Il a opéré à l'hôpital Baujon un mois après la naissance un enfant atteint de spina-bifida, compliqué d'hydrocéphalie légère et de paraplégie, qui n'existaient pas au moment de la naissance. L'hydrocéphalie a continué à se développer et l'enfant est mort trois semaines après l'opération.

Grossesse extra-utérine. — M. Périer rend compte d'une observation de M. Lebec. Il s'agissait d'une grossesse extra-utérine avec menaces de rupture du kyste fœtal. Laparotomie au huitième mois; mort de la mère deux heures après et de l'enfant 24 heures après l'opération. H. M.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 avril 1891

Présidence de M. le Dr Labbé

Chorée de Sydenham et chorée rythmique. — M. Séglas rapporte l'observation d'une jeune fille de 19 ans, atteinte pour la seconde fois de chorée de Sydenham, chez laquelle il a vu se transformer les mouvements de la chorée vulgaire en mouvements rythmés, en même temps qu'apparaissaient les premiers symptômes de l'hystérie. Il pense que dans ce cas il ne s'agit pas d'une association de deux maladies, mais d'une même affection, l'hystérie ayant revêtu successivement l'aspect de la chorée de Sydenham, puis celui de la chorée rythmée.

H. M.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 avril 1891

Présidence de M. le Dr Tarnier

M. G. Sée donne lecture d'un pli cacheté qu'il a déposé le 4 novembre 1890 et dans lequel il exposait un nouveau traitement de la phtisie pulmonaire. Ce traitement consiste en inhalations de créosote et d'eucalyptol faites sous pression dans des cloches de Dupont. Ce procédé a donné, dans douze cas, des résultats excellents. Sous l'influence de cette médication, on constate le retour de la santé générale, de l'appétit et de l'embonpoint, la disparition de la toux et de la fièvre, la modification de la nature et de la quantité des crachats. On n'a pas observé d'hémorrhagie pulmonaire.

M. Robin lit un rapport sur les mémoires adressés à l'Académie par les médecins chargés de missions dans diverses stations thermales, et un rapport sur les eaux minérales.

M. Frémont lit une note sur la nutrition chez les diabétiques et ses modifications sous l'influence des alcalins.

Ostéo-périostite consécutive à la fièvre typhoïde. — M. Cornil lit une observation d'ostéo-périostite consécutive à la fièvre typhoïde. Il s'agit d'une jeune fille qui, atteinte de cette affection à Trouville, présenta à la jambe trois exostoses très douloureuses qui furent opérées par M. Péan. Au niveau des tumeurs, le périoste était épaissi et décollé. Au-dessous existait une cavité remplie d'un tissu rosé très vascularisé et

Digitized by Google

dont les parois étaient fibrosées. Cette cavité ne communiquait pas avec la cavité médullaire. Cette observation est remarquable en ce que, dans le tissu renfermé dans les cavités et observé huit mois après la fièvre typhoïde on a trouvé des bacilles d'Eberth vivants.

M. Fournier fait observer qu'il est très difficile de distinguer les exostoses décrites par M. Cornil des exostoses syphilitiques Les exostoses consécutives à la fièvre typhoïde ne guérissent pas par le traitement médical.

Bassin oblique ovalaire. — M. Budin présente les dessins d'une femme qui entra dans son service le 27 février 1889, en pleine période de travail. Elle avait eu auparavant trois accouchements, dans lesquels on avait fait l'embryotomie céphalique. Cette femme présente un bel exemple de bassin oblique ovalaire. M. Budin est parvenu à avoir l'enfant vivant par une application de forceps et il a accouché cette malade de nouveau. L'enfant a été retiré vivant par la version, mais il n'a pas survécu.

De la dépopulation de la France. — M. Tarnier, répondant à M. Le Fort, fait observer qu'en Autriche l'accouchement n'est secret que pour les femmes qui peuvent payer. Les indigentes ne peuvent y avoir recours. En Russie, l'accouchement peut être secret pour toutes les femmes. En France, cet accouchement est possible. M. Tarnier en donne pour preuves le Code de la Maternité promulgué en 1802.

Il n'exige pas le nom des malades qui peuvent le cacher si elles le désirent ? Dans ce cas, le registre ne porte qu'un numéro d'ordre et la date de l'entrée.

Depuis 1802, le libéralisme de l'Administration s'est refroidi, mais encore maintenant, si la femme l'exige, on inscrit son nom sur le registre avec la mention : *secret*. Dans ce cas, on n'envoie à l'Administration qu'une fiche portant un numéro d'ordre et on ne fait pas d'enquête sur le domicile de la femme. L'enfant peut être déclaré de père et mère inconnus. L'Administration prend le nom de la femme pour que, en cas de décès, on puisse établir son état civil.

M. Le Fort fait observer qu'il est certain que le public ne connaît pas les conditions de l'admission secrète. Du reste, le secret n'existe pas puisque le nom de la femme est inscrit sur un registre et qu'il n'y a pas de chambre où la malade puisse être isolée.

M. Brouardel établit plusieurs séries dans les femmes commettant un infanticide. Il y a d'abord les filles et les femmes veuves, qui voulant à tout prix éviter le déshonneur, accouchent en secret et étouffent leur enfant pour qu'il ne les dénonce pas par ses cris. Pour ces femmes, le tour ou le bureau secret sont inutiles; elles n'y auront pas recours. Mais l'accouchement secret pouvait leur être utile. Viennent ensuite les femmes qui tuent leur enfant dans l'impossibilité où elles sont de le nourrir. A celles-là, le tour peut rendre de grands services.

Enfin vient une troisième série de femmes qui craignent à la fois le déshonneur et la misère, les femmes constituant la clientèle des avorteuses. Elles auraient recours au tour ou a l'accouchement secret. A Paris, les infanticides par crainte du déshonneur sont les plus fréquents. Sur 100 infanticides, 64 sont commis par des célibataires, 12 par des femmes mariées, 24 par des veuves.

Depuis la fermeture des tours, les infanticides ont triplé dans les départements agricoles, ils sont restés stationnaires dans les départements renfermant les grandes villes. M. Brouardel propose que, pendant les derniers mois de leur grossesse, les filles et les femmes ne pouvant pas travailler soient hospitalisées et accouchées dans le secret le plus absolu, si elles le desirent.

M. Lagneau pense qu'il est bon que les femmes voulant cacher leur accouchement soient dispensées de donner leur nom. Il préfère le bureau secret au tour.

Elections. — Sont nommés membres associés nationaux : MM les Drs Levieux (de Bordeaux) par 48 voix sur 57 votants et Mignot (de Chantelle) par 31 voix sur 56 votants. F. R.

LES JOURNAUX DE LA SEMAINE

En reproduisant, sous cette rubrique, des extraits de la presse médicale, le **Journal des Praticiens** *a pour but de renseigner impartialement ses lecteurs. Il réserve donc formellement la liberté de ses appréciations et l'indépendance de sa critique.* N. de la R.

L'hygiène publique sérieuse et celle qui ne l'est point. — On lit dans la *Semaine médicale* du 11 avril :

La nouvelle loi sur l'exercice de la médecine, adoptée par la Chambre des députés, oblige le médecin à déclarer les cas de maladies épidémiques tombés sous son observation.

Il est à croire que cette disposition n'a pas seulement pour but de créer des tracasseries aux médecins, mais qu'elle doit servir d'une façon ou d'autre à éviter la propagation de la maladie, en prenant des précautions contre les provenances du logement infecté.

Si telle est bien, comme nous le croyons, la pensée des conseillers médicaux du gouvernement, on peut se demander pourquoi, en ce qui concerne le recensement qui aura lieu demain dans toute la France, le ministre de l'Intérieur n'a pas pris des précautions contre la propagation possible des maladies infectieuses par les feuilles individuelles ou de ménage provenant de personnes chez lesquelles existe en ce moment un cas de variole, de diphtérie, etc.

En Irlande, où le dénombrement de la population s'est fait le 6 avril courant, les autorités ont eu la bonne idée de prendre des précautions à cet égard. Les feuilles provenant de maisons infectées devaient être mises sous enveloppe spéciale hermétiquement fermée, laquelle était à son tour placée dans une seconde enveloppe particulière, bien close de toutes parts. Toutes ces enveloppes n'ont été ouvertes qu'après avoir été soumises à l'étuve à désinfection.

Nous ne trouvons rien de semblable dans les arrêtés préfectoraux relatifs au dénombrement de la population de la France.

Or, quand on veut faire sérieusement de l'hygiène publique, il faut avoir soin d'éviter toutes les fissures.

A propos du stage obstétrical. — (*Disette de femmes grosses et pléthore d'étudiants.*) — Extrait du *Journal de Médecine de Paris* du 12 avril courant :

Pourquoi ne pas avoir autorisé les étudiants à choisir le service où ils préféreraient faire leur stage? N'apprendraient-ils pas aussi bien les accouchements dans les maternités des hôpitaux avec des maîtres qui s'appellent Budin, Bar, Ribemont-Dessaignes, etc. ?

. . . . . .

Nous avouons ne pas comprendre à quel mobile ont obéi les promoteurs de ce projet qui est très sujet à critiques et donnera des résultats aussi peu satisfaisants que possible.

Innover est bien, mais il faudrait pourtant que les innovations soient intelligemment comprises, et celle dont nous parlons n'est pas dans ce cas.

Nous plaignons sincèrement Messieurs les chefs de clinique obstétricale, déjà si occupés, de ce surcroît de besogne qui va leur incomber. Car, qui sera chargé, sinon eux, de surveiller et d'instruire tous ces stagiaires? Ils seront donc obligés de ne plus quitter la salle d'accouchements tous les jours, de 9 heures du matin à 10 heures du soir... Il faut avouer, dans ces

Digitized by Google

conditions, qu'ils gagneront bien les 100 francs qui leur sont si généreusement alloués par mois!

Enfin, nous voudrions savoir comment l'on recrutera le nombre suffisant de femmes enceintes. Nous prévoyons déjà une lutte acharnée à cet égard, la Faculté essayant de faire entrer dans ses deux services de clinique les femmes qui voudraient aller accoucher soit à la Charité, soit à Beaujon ou ailleurs.

Cette chasse à la femme grosse ne manquera pas de gaîté!

INFORMATIONS

FRANCE

Concours de l'internat en médecine. — *La limite d'âge.* — On annonce que M. le directeur de l'Assistance publique propose de modifier le réglement du concours, de façon à rendre moins inégale la situation des candidats français par rapport à celle des étrangers.

Pour compenser les effets de la loi militaire, on imposerait aux candidats une limite d'âge, fixée à vingt-quatre ans pour les étrangers et vingt-cinq ans pour les Français.

Nous reviendrons sur cette grave question quand ces projets auront pris corps.

Congrès français de chirurgie. — *Programme de la session de 1892:*

1° *Pathogénie et traitement des gangrènes chirurgicales.* — Rapporteur général: M. Verneuil; rapporteurs: MM. Jeannel, Reclus, Sanchez Toledo.

2° *Des opérations pratiquées sur les voies biliaires; suites immédiates et éloignées.* — Rapporteur général: M. Terrier; rapporteurs: MM. Lucas-Championnière, Perier, Gross.

3° *Pathogénie des accidents infectieux chez les urinaires.* — Rapporteur général: M. Guyon; rapporteurs: MM. Albarran, Clado, Hallé, Pousson.

ÉTRANGER

BELGIQUE. — **Académie de médecine.** — *Programme des concours* (année 1890-92). — Histoire, indications et contre-indications, technique et résultats de la trépanation. Prix: 800 francs. — Clôture du concours: 15 septembre 1892.

1890-1893. — Faire l'histoire des affections typhoïdes qui atteignent les sujets de l'espèce chevaline; établir les causes, la pathogénie, les lésions, les symptômes, le diagnostic et le traitement des différentes formes que ces affections peuvent présenter. Prix: 700 francs. — Clôture du concours: 1er janvier 1893.

Prix Alvarenga. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ou ouvrage inédit (dont le sujet sera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine. Prix: 750 francs. — Clôture du concours: 1er février 1892.

Les mémoires doivent être adressés dans les formes académiques, à M. le secrétaire de l'Académie, à Bruxelles.

NOUVELLES MILITAIRES

PARIS

Ecole d'application de médecine militaire. — Un concours s'ouvrira le 5 octobre prochain pour un emploi de professeur agrégé de médecine légale à l'Ecole du Val-de Grâce.

Nominations dans le corps de santé de la marine (activité). — *Au grade de médecin de 2e classe:* MM. les médecins auxiliaires de 2e classe: Gibrat et Lefebvre.

(Réserve). — *Au grade de médecin de 1re classe:* M. le Dr d'Estienne.

Nomination dans le corps de santé des colonies. — *Au grade de médecin de 2e classe:* M. le Dr Godet, médecin auxiliaire de 2e classe de la marine.

VARIÉTÉS

Influence des hautes altitudes sur les cardiopathies organiques. — De 1876 à 1886, on a compté en Suisse 25,500 décès par maladies organiques du cœur. Mlle Ivanoff qui a étudié cette question déclare que, entre 200 et 400 mètres d'altitude au-dessus du niveau de la mer, la mortalité des cardiopathies est de 102 pour 100,000. Entre 400 et 500 mètres elle est de 92, entre 700 et 1,200 mètres de 82, enfin aux très hautes altitudes elle descend à 47 pour 100,000.

Cette diminution de la mortalité cardiaque en raison des altitudes est plus apparente que réelle d'après M. Vogt (de Berne). Elle tient à ce que la population est composée de montagnards et de cultivateurs, tandis que celle des villes toutes situées à des altitudes peu élevées, est composée d'ouvriers de l'industrie. Il faut donc admettre, ce qui est exact, l'influence réelle de la sédentarité dans l'étiologie des cardiopathies et ne point tirer des conclusions thérapeutiques des statistiques précédentes.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

ABREU (de). — Diagnostic et traitement de la bronchite catarrhale chez les enfants (*O. Brazil médico*, 15 février 1891).

AUCHÉ. — A propos d'un cas d'intoxication consécutive à l'usage externe du tabac (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 22 mars 1891).

BERNHARDT. — De l'étiologie de la maladie de Morvan (*Deut. med. Wachens.* 1891, n° 8).

BROADBENT. — Des maladies organiques du cœur au point de vue de leur pronostic (*The Lancet*, 21 mars 1891).

CASTAN. — Coexistence de l'hystérie mâle et du goître exophtalmique (*Montpellier méd.*, 16 mars 1891).

DE RENZI. — Diagnostic de la tuberculose (*Revista clinica et terapeutica*, mars 1891. p. 115).

DOUILLET — Observation de tachycardie essentielle paroxystique (*Dauphiné méd*, février 1891, p. 25).

DRUMMOND (D). — Remarques sur le pronostic de la pneumonie croupale (*The Lancet*, 21 mars 1891).

FÉRÉ. — Sur l'apathie épileptique (*Revue de Méd.*, 10 mars 1891).

HERZEN. — Le chimisme stomacal (*Revue médicale de la Suisse romande*, 20 mars 1891).

HOLMES. — De l'aphasie (*The N. Y. Med Journal*, 7 mars 1891).

KAUDERS. — De la dyspnée cardiaque (*Wiener klin. Wochens*, 1891, n° 9).

MOURE ET RAULIN. — Contribution à l'étude des manifestations de la syphilis sur les tonsilles pharyngée et préépiglottique (*Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, 15 mars 1891).

PAIGNIEZ ET FOURNIER. — Le vertige de Ménière et l'inactivité (*Revue de Médecine*, 10 mars 1891).

PIO FOA. — Pneumocoque, méningocoque et streptocoque pneumoniques (*La Riforma medica*, 17 mars 1891).

Le Directeur-gérant: HENRI HUCHARD.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE N° 16 22 AVRIL 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, BÉCLÈRE, BROCQ, DEMELIN, DU CASTEL, GINGEOT, Charles MAURIAC, PICQUÉ, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

Avis à nos actionnaires. — Conformément aux décisions de l'Assemblée générale de la Société de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* du 14 avril 1891, MM. les actionnaires sont invités à faire présenter leurs titres au siège social, 66, rue de Ponthieu, du 1er au 5 mai prochain, de 2 *heures à 4 heures* et à y faire toucher :

1° L'intérêt ;

2° Le dividende de l'exercice 1890, sous déduction des impôts.

HYGIÈNE PRATIQUE

La stérilisation du lait

L'une des découvertes les plus profitables de la bactériologie a été celle du rôle du lait comme *agent de transport de certaines maladies contagieuses.*

Le lait peut contenir soit des *germes de maladie empruntés à la vache*, soit des *germes d'origine banale empruntés au monde extérieur*. Dans le premier cas, ce sont le plus souvent des germes de *tuberculose*, et parfois de *fièvre aphteuse*. Dans le second cas, le lait, provenant d'une vache saine, a recueilli au passage et transporté avec lui, dans l'estomac des nourrissons, les germes sans doute banaux de ces affections du tube digestif, qui atteignent quelquefois les adultes, mais sont surtout fréquentes chez les enfants nourris au biberon. Ses multiples transvasements dans des vases d'une propreté douteuse, l'addition d'eau, expliquent aisément sa contamination facile. M. Duclaux vient de publier, sur ces dangers de contagion et sur les moyens d'y remédier, une note critique, pleine d'enseignement au point de vue de la pratique. Sa compétence toute particulière en bactériologie et ses études spéciales du lait donnent à son dire une autorité incontestée (*Annales de l'Institut Pasteur*, janvier 1891, p. 50).

M. Lazarus a étudié, au point de vue bactériologique, les différents *moyens chimiques de conservation* habituellement mis en usage, et il a montré qu'ils influencent peu la vitalité des microbes : *carbonate* ou *bicarbonate de soude*, *borax*, *eau de chaux*, *acide salicylique*, *acide borique*. L'adjonction de ces deux derniers aurait une influence antiseptique plus ou moins puissante, mais M. Duclaux les considère comme dangereux, ce qui n'a rien de surprenant pour l'acide salicylique dont on connaît la puissance toxique, mais qui étonne pour l'acide borique dont on vante les propriétés antifermentescibles sans crainte d'intoxication.

Les moyens chimiques étant reconnus peu puissants, on est conduit à essayer des *moyens physiques de conservation*, parmi lesquels les seuls utilisés jusqu'à ce moment sont le *froid* et la *chaleur*.

Le refroidissement et la *congélation* du lait ne le débarrassent pas, comme on sait, des microbes. Ils ne sont pour lui qu'une protection temporaire, qui a besoin d'être permanente pour être efficace, et qu'on ne rend permanente qu'à grands frais.

La *chaleur* a, au contraire, un effet instantané, qu'on peut rendre plus ou moins complet en élevant plus ou moins la température.

La *stérilisation du lait* repose sur des *faits* scientifiquement établis qu'il est utile d'avoir présents à l'esprit. On sait, par exemple, qu'une simple ébullition à 100 degrés, même faite dans des vases qui restent bouchés et dans lesquels aucune contamination nouvelle n'est à craindre, ne suffit pas le plus souvent à préserver un lait de la coagulation ; de plus M. Pasteur nous a appris *qu'un seul chauffage de quelques minutes à 107 ou 108° suffisait à stériliser sûrement un lait quelconque.*

« Au point de vue industriel, un chauffage au-dessus de 100° a l'inconvénient d'exiger un autoclave, ou l'emploi incommode de solutions salines. En plus, l'expérience a bientôt appris que ce lait chauffé à 107° prenait, si rapidement que le chauffage soit fait, une saveur spéciale, un goût de cuit qui déplaisait au consommateur. Plus on abaisse la température, moins ce goût de cuit est apparent, à peine sensible quand on ne dépasse pas 70°, et, sous ce point de vue, les constatations de M. Bitter sont tout à fait d'accord avec les miennes. Comme, d'un autre côté, la *pasteurisation* des vins se fait précisément au voisinage de 70°, on s'est demandé s'il ne suffirait pas de pasteuriser les laits à la même température pour en assurer la conservation.

» De nombreuses tentatives ont été faites dans ce sens et ont fait voir que le lait ainsi traité avait d'ordinaire une durée de conservation un peu supérieure à celle du lait naturel, mais quelquefois de très peu, de sorte que l'avantage du chauffage était problématique. Il ne saurait en être autrement. Le lait, recueilli dans les conditions ordinaires, est bientôt habité par des microbes très nombreux et très variés, dont quelques-uns ne résistent pas à l'action d'une température de 70°, mais dont la plupart s'en moquent. Il est même arrivé souvent, à l'origine, que le lait chauffé se gâtait plus vite que le lait non chauffé ; c'était lorsqu'on le laissait refroidir lentement, sous prétexte de le laisser plus longtemps sous l'action de la chaleur. On tuait bien ainsi, sans doute, quelques-uns des germes qu'un court séjour à 70° avait respectés ; mais ce lait qui refroidissait lentement, d'autant plus lentement que sa masse

Digitized by Google

était plus grande, fournissait par contre de très bonnes conditions de température aux germes plus résistants, qui pouvaient éventuellement s'y multiplier plus vite que dans le même lait conservé à la température ordinaire.

» Pour obvier à cet inconvénient, on a été conduit à refroidir rapidement ce lait chauffé. Sa durée de conservation dépasse alors sûrement celle du lait naturel, mais de 2 ou 3 jours au plus. Pour augmenter cette survie, on s'est ingénié, on a multiplié et alterné les chauffages et les refroidissements, on a changé et rechangé la forme des appareils Il y en a, en ce moment, presque autant que de modèles de barattes, ce qui n'est pas peu dire, et ce sont les mêmes causes qui interviennent dans les deux cas.

» Le fait le plus curieux est l'*absence de coliques, de diarrhée verte ou de désordres intestinaux chez les enfants nourris avec le lait pasteurisé.*

M. Duclaux croit qu'on peut tirer l'explication de ce fait de cet autre fait, révélé par la bactériologie et expressément noté par divers observateurs, que, *dans ces laits pasteurisés, il n'y a plus guère que des bacilles, et que les micrococcus et les ferments lactiques sont presque toujours absents.* Or, beaucoup de micrococcus, sans être de vrais ferments, acidifient le lait en agissant sur son sucre; au contraire les bacilles du lait sont presque exclusivement des ferments de la caséine, et rendent le lait alcalin. La *pasteurisation à 70 ou 75° a donc pour effet de donner le pas aux ferments de la caséine sur les ferments du sucre, à ceux qui coagulent le lait à la façon de la présure sur ceux qui le coagulent à la façon des acides*, et si on songe à la sensibilité de l'intestin du nourrisson vis-à-vis des liquides acides, à l'utilité de l'eau de chaux pour couper le lait dans certaines coliques, on conclura, je pense, qu'il y a toujours à redouter la présence des ferments acidifiants dans le lait des biberons, et que le chauffage à 70° peut rendre des services, alors même qu'il ne tue pas tous les microbes présents dans le lait. Il fait seulement une sélection grossière de ceux qui sont nuisibles et de ceux qui peuvent être utiles.

Voilà pour les bactéries en général. Les expériences faites, pour les bactéries pathogènes, par Van Geuns, Thiel, Bitter, montrent qu'elles sont détruites dans le lait à des températures variables mais en général peu élevées, surtout si cette température est prolongée, le bacille typhique à 70 ou 77°; le staphylococcus pyogenes aureus à 70°; le pneumocoque de Friedlander à 55 ou 60°.

M. Bitter a fait construire un appareil dans lequel le lait est chauffé par un courant de vapeur circulant dans un serpentin, et peut être maintenu facilement pendant quelque temps à une température voulue en fermant convenablement la valve d'admission. Il s'est convaincu, par ce procédé, qu'aucun des germes de maladie que le lait peut transporter, en partie les germes de la tuberculose, ne résistait à un chauffage de 30 minutes à 68°, et comme à cette température il n'y a aucun changement appréciable apporté à la couleur du lait ni à sa saveur, il recommande ce mode de chauffage et l'emploi de son appareil pour tous les laits destinés à être consommés sans subir un nouveau chauffage.

Ce lait, devenu inoffensif au point de vue hygiénique, peut en outre être conservé plus longtemps que le lait normal, surtout si on l'enferme dans des vases stérilisés eux-mêmes en y faisant passer, pendant 15 minutes, un courant de vapeur à 100°. Mais aucune de ces pratiques ne tue tous les germes, nous le savons, de sorte que cette solution, très satisfaisante au point de vue hygiénique pour les laits qui doivent être rapidement consommés, ne peut s'appliquer au lait qu'on veut conserver longtemps ou faire voyager.

Restait à trouver le moyen de rendre pratique cette stérilisation incomplète mais suffisante pour les besoins journaliers, surtout pour l'alimentation des enfants nourris au biberon. L'appareil simplifié du Dr Soxhlet réalise ce but et est à la portée de tous.

Il suffit d'avoir un récipient assez vaste, en terre ou en métal, — une marmite si l'on veut. Quelques bouteilles de verre et un support, dans le genre d'une petite grille, complètent l'instrumentation nécessaire. On procède alors comme suit.

Dès qu'on a reçu le lait, il faut opérer. On ne doit pas trop attendre, surtout en été, afin de ne pas permettre aux germes déjà introduits dans le liquide de se développer et surtout de secréter leurs produits toxiques, qui empêcheraient une stérilisation efficace.

Le lait est versé dans des petits flacons en verre, dont la capacité est proportionnée aux fractionnements de l'alimentation. On a soin de n'emplir les verres que jusqu'à un centimètre au-dessous de l'ouverture du goulot pour permettre au liquide de se dilater sous l'action de la chaleur. Si on nourrit un enfant par l'allaitement artificiel, il est nécessaire que chaque fiole contienne seulement de 100 à 150 grammes de lait, c'est à-dire la quantité correspondante à une tétée. Si c'est pour un adulte, on peut se servir de flacons beaucoup plus grands. Mais il est essentiel que la bouteille soit vidée de son contenu en une fois; car, dès qu'elle a été entamée, elle a été de ce fait exposée à l'air et à toutes les infections atmosphériques.

Les flacons sont obturés avec un bouchon de coton stérilisé, que l'on trouve facilement dans toutes les pharmacies. De cette manière, l'air, qui, par la chaleur, sera chassé de ces fioles, sera remplacé, au moment du refroidissement, par de l'air nouveau toujours pur, puisqu'il aura filtré à travers la ouate et se sera débarrassé ainsi mécaniquement de tous ses germes. Enfin les bouteilles seront placées sur le support dont nous avons parlé, qui lui-même reposera sur le fond du grand récipient empli d'eau et mis au feu. *On fera bouillir la marmite durant quarante minutes environ*; le lait, échauffé par le liquide du récipient, aura une *température constante de 85 à 90°*, sans jamais arriver à l'ébullition, et la stérilisation sera obtenue.

Veut-on se servir immédiatement de ce lait; on le laisse refroidir jusqu'à la température de 30 à 35°, propre à l'alimentation, ou, pour aller plus rapidement, on plonge les fioles dans de l'eau fraîche.

Ce lait, ainsi traité, peut se conserver pur jusqu'à trois et quatre semaines. Cependant, quand il est destiné à nourrir un jeune enfant, il est préférable de l'employer le jour même ou le lendemain. On doit tenir

Digitized by Google

le lait dans un endroit frais; aussi ne faut-il pas le laisser à la cuisine. Il est inutile d'ajouter qu'on ne débouche la fiole qu'au moment d'en faire avaler le contenu. Dans l'allaitement artificiel, on enlève le bouchon de coton qui obture le goulot de la bouteille et on le remplace par l'embout du biberon. En outre, quand le lait est redevenu froid, il est bon de le tiédir en plaçant dans de l'eau chaude, durant quelques minutes, le vase qui le contient.

Cette stérilisation, que nous venons de décrire, est, comme on le voit, d'une exécution facile. On ne peut pas dire que tous les germes sont tués, puisqu'il en est certains dont la mort exige des températures supérieures à 100°. Mais les microbes les plus dangereux, ceux qui sécrètent le ferment lactique et qui sont les principales causes des accidents intestinaux dus à l'ingestion de lait vicié, ceux-là sont certainement atteints.

Aussi cette méthode est appelée, en devenant rapidement populaire, à rendre les plus grands services dans l'alimentation lactée, surtout chez les enfants, dont la plupart des troubles digestifs pourront être ainsi heureusement combattus et surtout prévenus.

Dr Carron de la Carrère.

CLINIQUE MÉDICALE

Sur la convalescence de la scarlatine

Récemment, au sujet de la maladie d'un enfant qui me touche de près, j'ai eu l'occasion de causer avec plusieurs confrères de la conduite à tenir pendant la convalescence de la scarlatine et j'ai recueilli les avis les plus différents. Les uns m'ont engagé à laisser l'enfant au lit le plus longtemps possible, pendant trois semaines au moins, et à ne pas le laisser sortir avant six semaines; les autres m'ont conseillé de lui faire de bonne heure des frictions avec un corps gras, de lui donner des bains dès que la desquammation commencerait et de le laisser sortir quand la desquammation serait achevée. C'est ainsi que je fais habituellement; c'est ainsi que j'ai fait cette fois encore, et le résultat a été comme d'habitude satisfaisant.

Comme il s'agit d'une question essentiellement pratique, car la conduite à tenir intéresse non seulement le malade mais aussi l'entourage, je désire étendre mon enquête et je commence par donner mon opinion qui s'appuye sur un nombre de faits restreints, je l'accorde, mais que j'ai suivis de près. Il va de soi que j'entends parler seulement de la scarlatine régulière, sans complication. Je choisis à dessein le cas le plus simple. Quand l'éruption a disparu, quand la fièvre est tombée, quelle doit être la conduite du médecin?

I. *Vis-à-vis du malade d'abord?* C'est un fait universellement admis que l'albuminurie est un des plus gros dangers et un des accidents les plus fréquents de la convalescence. Aussi la tradition classique est-elle d'écarter du malade toute chance de refroidissement, de façon à le préserver de la néphrite. Une autre méthode, que je qualifierai de moderne, considérant l'albuminurie comme un phénomène infectieux, se propose de le prévenir en rétablissant et en activant les fonctions de la peau.

L'albuminurie est un phénomène commun à toutes les maladies infectieuses, mais peut-être plus fréquent dans la scarlatine que dans les autres sans qu'on en ait donné jusqu'ici la raison. La notion toute moderne du rôle important rempli par le rein et par les autres émonctoires aussi bien à l'état pathologique qu'à l'état physiologique, et dans l'élimination des poisons morbides aussi bien que dans celle des produits physiologiques de désassimilation; cet autre fait bien connu que, en cas d'insuffisance renale, on peut demander et on demande souvent, avec un succès au moins relatif, un excès d'activité aux autres émonctoires, et notamment à l'intestin et à la peau; ces notions, dis-je, nous permettent de comprendre comment le refroidissement, autrement dit un trouble et un ralentissement des fonctions de la peau, provoque de l'albuminurie. On peut admettre que le rein et la peau sont chargés concurremment et solidairement de l'élimination du virus scarlatineux et que si l'un des organes faillit à sa tâche, l'autre est forcé de déployer d'autant plus d'activité.

L'albuminurie est sensiblement plus rare dans la variole; mais, en revanche, la peau est soumise à une rude épreuve, et le contenu des pustules représente une somme énorme de matière virulente soustraite à la circulation. Enfin je ne crois pas forcer l'analogie en considérant le catarrhe intestinal qui se montre souvent à la fin de la rougeole comme concourant dans une certaine mesure à la dépuration de l'organisme.

La crainte du refroidissement pendant la convalescence de la scarlatine est donc légitime, et c'est répondre à une indication bien nette que de protéger son malade contre les chances d'arrêt ou de ralentissement des fonctions de la peau. Il reste à savoir si le séjour prolongé au lit et la réclusion prolongée sont les meilleurs moyens de remplir cette indication. Beaucoup d'auteurs le pensent et se déclarent satisfaits des résultats obtenus par cette méthode. Pourtant, elle a le tort d'exiger pendant longtemps une surveillance de tous les instants. Un moment d'oubli ou la plus légère imprudence peuvent entrainer des accidents fâcheux : l'enfant qui se découvre dans son lit, celui qui joue dans l'embrasure d'une fenêtre où la température est plus fraîche que dans le reste de la pièce; celui dont le lit se trouve placé près d'une porte qu'on ouvre souvent s'exposent au refroidissement et peuvent être atteints de néphrite.

La méthode que j'ai qualifiée de moderne, et qui n'est peut-être formulée nulle part, bien qu'elle soit mise en pratique par un certain nombre de médecins, la méthode moderne déjà paraît s'être inspirée tout d'abord du désir d'abréger la réclusion du malade, et elle a tiré largement parti de l'expérience graduellement acquise de côté et d'autre sur la pratique des frictions et sur l'emploi des bains. Ces moyen qui stimulent l'activité cutanée, favorisent l'élimination du virus et par suite soulagent le rein. A ce titre, leur mise en œuvre constitue déjà une antisepsie indirecte mais indéniable. Mais là ne se borne pas leur action. En débarrassant la peau de son ancien épiderme et de

Digitized by Google

ses produits de secrétion vraisemblablement virulents, ils s'opposent à la résorption ultérieure du virus (résorption qui peut être légitimement invoquée pour expliquer les adénites, bubons, otites, phlegmons et gangrènes assez fréquents dans les fièvres éruptives), et, ainsi que nous le verrons plus tard, à sa diffusion. A ce titre encore, ils méritent d'être recommandés, et il n'est pas douteux qu'on augmente leur pouvoir antiseptique en ajoutant aux corps gras de l'acide phénique ou de l'acide borique, aux bains, des carbonates alcalins, des sels de Pennès ou simplement du savon.

Dans ces conditions, la desquammation se fait plus vite : elle se fait par petits lambeaux ou par écailles, et non par larges lambeaux comme on en voit chez les malades qui ne sont pas baignés, et dès qu'elle est achevée, c'est-à-dire du vingtième au trentième jour, je compte largement, on peut sortir sans danger le petit malade. C'est ainsi que font plusieurs de nos confrères et bien que nous n'ayons pas de statistiques à présenter, je suis autorisé à dire que nous avons toujours obtenu des résultats satisfaisants. C'est ainsi que j'ai fait chez le petit malade qui fait le sujet de cette note. L'éruption s'est montrée presque sans prodrômes le 1er janvier. J'ai fait commencer les frictions à la vaseline boriquée le 8 janvier, mais en raison de la rigueur de la température je l'ai baigné tardivement, le 24 janvier seulement ; trois bains ont été donnés dans la semaine et il est sorti le 8 février; mais il était levé la moitié de la journée depuis le début des frictions, et toute la journée depuis son premier bain. Ses urines ont été souvent examinées et n'ont jamais présenté trace d'albumine par la chaleur et l'acide nitrique.

Trois prises de calomel de 0,20 centigr. lui ont été administrées tant pendant la période fébrile que pendant la convalescence. Le lait a fourni la base de son alimentation et même toute son alimentation pendant la première semaine, et y figure encore à une dose quotidienne qui n'est jamais moindre d'un demi-litre. Sa toilette habituelle, tête, cou, mains, anus et organes génitaux, a été faite tous les jours au moins une fois pendant toute la durée de la maladie.

II. *Vis-à-vis de l'entourage?* La scarlatine est contagieuse, cela n'est contesté par personne; mais l'est-elle à toutes ses périodes, et l'est-elle au même degré à chacune de ses périodes? Ces questions sont loin d'être fixées à l'heure actuelle ; pourtant je crois qu'il est généralement admis que c'est pendant la période de desquammation que la contagion est le plus à redouter. L'épiderme serait alors le véhicule de l'agent contagieux. Toutefois, il suffit que la contagion soit possible dès les premiers stades pour que les précautions les plus minutieuses soient prises dès le début contre l'extension de la maladie.

L'isolement du malade est sans conteste la mesure la plus rationnelle à prendre; malheureusement elle n'est pas toujours d'une application facile. A Paris, notamment, l'exiguité des appartements s'y oppose très souvent et trop souvent aussi l'éloignement des frères et sœurs est impossible. Nous sommes forcés, dans ces conditions, de recourir à des demi-mesures toujours très gênantes et souvent peu efficaces, en tout cas incertaines. Mais l'isolement rigoureux et prolongé l'est-il toujours? Eh bien! non. M. Sanné rapporte plusieurs cas de contagion par le malade même au bout de deux et trois mois. (Je laisse volontairement de côté la contagion par les habits et par la literie, qu'il est facile d'écarter). M. Ollivier, dans une note à l'Académie de médecine (16 mars 1886), rapporte aussi plusieurs cas d'importation de la scarlatine dans une salle de l'Hôpital des Enfants par des malades venant d'une autre salle, alors qu'on avait pris la précaution de leur donner un bain et de désinfecter leurs vêtements, alors aussi qu'il s'était écoulé plus de quarante jours depuis le début de leur maladie. Je cite seulement ces deux auteurs parce que j'ai leurs livres sous les yeux, mais il n'est pas douteux que les faits de ce genre sont assez nombreux.

Je me crois donc autorisé à dire que l'isolement prolongé est une mesure difficile à réaliser (j'entends l'isolement du malade et du personnel qui le soigne) et dont l'efficacité est incertaine.

Y a-t-il d'autres moyens d'empêcher le mal de s'étendre? On me permettra de laisser de côté la prétendue action prophylactique de la belladone. Je n'ai sur ce sujet aucune expérience personnelle, et ce que j'ai lu ne m'engage pas à faire fonds sur ce médicament.

Nous voici donc de nouveau amenés à chercher une méthode plus efficace que celle qu'on a employée jusqu'à ce jour. Eh bien! Si l'on admet, comme cela ressort de l'examen des faits, que l'épiderme et les sécrétions du malade (sueurs, crachats, etc.) sont le véhicule le plus probable de l'agent contagieux, on est de nouveau amené à accorder une importance capitale aux soins de la peau et des muqueuses. On revient aux lotions, bains, frictions, gargarismes, que nous mentionnons dans la première partie de cette note, et dont nous avons déjà montré l'utilité au point de vue du malade.

Il faudrait une expérience beaucoup plus étendue et plus prolongée que la mienne pour affirmer que, dans ces conditions de désinfection individuelle, la contagion ne s'exercera pas sur l'entourage. En pareille matière, et la réceptivité des individus vis-à-vis de la scarlatine étant très variable, il faut beaucoup de faits pour juger de la valeur et de l'efficacité d'une méthode Celle dont je parle est rationnelle, et, dans le cas auquel je fais allusion, elle paraît avoir été efficace, puisque de trois enfants appartenant à la famille de mon petit malade, aucun ne fut contagionné, bien que l'isolement n'ait pu être réalisé.

En résumé, la méthode classique est de l'expectation pure et simple, et, malgré le respect dû aux traditions, j'estime que tout médecin est autorisé à voir et à chercher dans la médecine autre chose qu'une histoire naturelle des maladies.

Quant à la méthode que j'ai qualifiée de moderne, et qu'il vaudrait mieux désigner sous le nom de *méthode antiseptique* qui indique mieux son but et ses moyens d'action, elle me paraît répondre à la double indication d'hygiène individuelle et de préservation sociale. Je ne saurais dire quel est le premier auteur qui ait

Digitized by Google

baigné un scarlatineux pendant sa convalescence, mais Grisolle et Jaccoud le conseillent à partir du début de la desquammation. A l'étranger, West et Henoch le recommandent également, et le nombre est grand, sans doute, des médecins qui suivent cette pratique. Je ne me crois pas l'autorité ni l'expérience suffisante pour le formuler, et d'ailleurs, je crois qu'on peut se montrer beaucoup plus hardi dans cette voie. La balnéation systématique dans la fièvre typhoïde a aujourd'hui cause gagnée et le temps n'est peut-être pas loin où l'on traitera par les bains toutes les fièvres. J'espère qu'avant cette époque on ne craindra plus de donner des bains tièdes à des convalescents, et je crois que tout le monde y gagnera, le malade qui verra sa période de quarantaine singulièrement diminuée, sinon abolie, et l'entourage qui n'aura plus à redouter la diffusion de l'agent contagieux.

Dr. A. Chenet.
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

MÉDECINE

Recherches de chimie bactériologique sur le bacille de la tuberculose, par M. A. Hammerschlag. — Ce mémoire donne le résultat de recherches intéressantes sur la composition chimique et la nutrition du bacille de Koch (*Central. f. Klin. Med.*, 1891, h. 9.)

Les bacilles tuberculeux sont composés de graisse, lécithine, albumine, cellulose et d'une toxine qui, injectée sous la peau des animaux, provoque des convulsions. Leur coloration par les matières tinctoriales résulte de la fixation de ces dernières par l'albumine et la cellulose.

Les hydrocarbures et la glycérine sont incontestablement nécessaires à la nutrition de ces microbes.

Parmi les produits de leur culture se trouve une substance albuminoïde qui abaisse la température des lapins. Enfin, on atténue la virulence de ces bacilles en les cultivant pendant huit mois dans un bouillon glycériné et à une température de 38 à 39 degrés centigrades. Malgré leur épuisement, ces cultures ne confèrent point l'immunité. S. R.

Syphilis du cerveau dans son rapport avec les maladies du système nerveux, par M. Jarnovsky. — Pour l'auteur, le tabès et la paralysie progressive ne sont pas la manifestation de la syphilis du système nerveux.

Si le tabès et la paralysie progressive se développent si souvent chez les syphilitiques c'est parce que la syphilis exerce une influence affaiblissante sur l'organisme qui était déjà prédisposé à certains processus morbides du système nerveux. Cette prédisposition pour le tabès et la paralysie progressive se donne par la naissance et se manifeste seulement par la syphilis.

Il n'a jamais vu, depuis 30 ans, guérir par le traitement mercuriel un seul vrai malade atteint de paralysie progressive et encore moins de tabès.

Dans le tabès il y a des phénomènes variés qui cèdent au traitement ou plutôt qui disparaissent d'eux-mêmes. En observant pendant 10, 15 et 20 ans la marche chronique du tabès chez les syphilitiques, on peut voir que les phénomènes nerveux de la période préataxique une fois commencées suivent leur marche, tantôt s'améliorant, tantôt s'empirant pour finir par le tableau complet du tabès confirmé.

D'un autre côté des observations de si longue date prouvent l'inutilité et même le danger du traitement mercuriel. Exemple : Deux frères contractent la syphilis et suivent le traitement mercuriel et iodique. Cinq ans après, le tabès débute chez l'aîné par un accès de paraplégie. Au bout de deux ans il meurt comme ataxique complet, malgré le traitement mercuriel très énergique.

Le second refuse le traitement mercuriel et prend du bromure et du nitrate d'argent. Depuis huit ans il demeure dans l'état préataxique.

Les cas *purs* de syphilis du cerveau sont curables, mais malheureusement ces cas ne sont pas fréquents. (*Meditzina*, 1891, p. 4).

Sur 100 malades atteints de syphilis du cerveau, 43 0/0 étaient alcooliques et 29 0/0 neurasthéniques. Cinq malades ont eu des traumatismes du crâne ; dans 6 cas on trouva du surmenage intellectuel et 23 malades seulement étaient indemnes de tout accident. L.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

Le traitement du chancre simple (1)

Par M. le Dr Du Castel
Médecin de l'hôpital Saint-Louis

Dans ces dernières années, un certain nombre de médicaments ont été signalés comme exerçant une action particulièrement heureuse sur le chancre simple ; parmi eux, il convient de mentionner en première ligne l'iodoforme.

Ce médicament paraît mériter dans beaucoup de cas la réputation qu'on lui a faite ; il contribue à faire disparaître rapidement le pouvoir virulent du chancre, il en hâte la cicatrisation ; malheureusement son odeur insupportable et trop révélatrice le rend inapplicable pour beaucoup de malades. Un certain nombre de mélanges ont été prônés comme susceptibles d'enlever à l'iodoforme son odeur ; en voici quelques uns :

Iodoforme porphyrisé	2 parties.
Café pulvérisé	1 partie.
ou	
Iodoforme	10 parties.
Acide phénique	1 partie.
ou	
Iodoforme	10 grammes.
Acide phénique	5 centigr.
Essence de menthe	I ou II gouttes.
ou	
Iodoforme	15 grammes.
Camphre	5 —
Essence de menthe	II gouttes.
ou	
Iodoforme	5 grammes.
Essence de roses	II gouttes.
ou	
Iodoforme	5 grammes.
Coumarine	1 —
ou	
Iodoforme Poudre de quinquina Benjoin pulvérisé Carbon. de magn. sat d'ess. d'eucal.	Parties égales.

(1) Suite : voir n° 15, p. 230.

Digitized by Google

L'iodoforme a été encore associé au gondron (5 à 10 p. 100) à l'essence d'eucalyptus, etc. Toutes ces substances atténuent grandement, suppriment quelquefois l'odeur de l'iodoforme au moment où elles viennent d'être mélangées avec lui; mais l'odeur de ce dernier ne tarde pas à prendre le dessus et nous ne possédons vraiment pas de substance qui parvienne à lui faire perdre complètement et pour toujours son odeur ; et ce médicament reste jusqu'à présent d'une activité incontestable, mais inapplicable dans la plupart des cas à cause de son odeur.

J'ai essayé à plusieurs reprises le naphtol camphré, ce puissant modificateur des plaies dont M. le docteur Bouchard nous a fait connaître le mode d'emploi et les vertus. La muqueuse préputiale paraît peu tolérante pour ce médicament dont l'emploi a toujours été suivi entre nos mains de phénomènes violents de réaction, de gonflement, d'œdème du prépuce capable d'amener le phimosis inflammatoire.

L'iodol, le salol peuvent remplacer l'iodoforme ; ils n'en ont pas les inconvénients olfactifs, mais leur action est peut être un peu moins puissante; l'aristol est peut-être appelé à prendre le pas sur tous ces médicaments.

L'acide salicylique compte des défenseurs ardents, Haster-Boylau en Amérique, Fienza en Italie, Wagner en Allemagne, Autier en France ; il s'emploie pur, mélangé avec d'autres poudres, dissous dans l'alcool ou dans la glycérine. Voici quelques-unes des principales formules sous lesquelles il est ordonné :

Acide salicylique.....	1 gramme
Talc ou amidon.....	9 grammes

ou

Acide salicylique.....	1 gr., 50
Alcool.....	3 grammes
Axonge.....	15 grammes

ou

Acide salicylique.....	1 gramme
Alcool à 60°.....	15 grammes

ou

Acide salicylique.....	2 grammes
Glycérine.....	100 grammes

L'acide salicylique employé pur est très douloureux, provoque une inflammation vive et est souvent suivi de la formation d'un eschare ; il constitue un procédé de destruction analogue aux caustiques chimiques ; son emploi ne doit pas être prolongé plus de vingt-quatre heures ; les poudres étendues, solutions, pommades agissent plutôt comme antiseptiques.

La résorcine, vivement recommandée par Mannino, a pour défenseur en France, MM. Leblond et Jullien ; le premier surtout a obtenu d'excellents résultats de l'emploi de ce médicament, qui, moins caustique que l'acide salicylique, peut être employé à l'état de pureté ou mélangé à des poudres indifférentes, en solutions ou en pommades.

Le Dr Leblond saupoudre chaque matin le chancre avec la poudre de résorcine jusqu'à ce que la plaie soit devenue, de grisâtre, rosée et couverte de bourgeons charnus de bonne nature, ce qui demande en général cinq ou six jours ; on fait alors les pansements avec une solution de résorcine à 5 p. 100 ; la cicatrisation se complète rapidement.

Il est rare que les ganglions se prennent au cours d'un pareil pansement.

L'application de la résorcine ne donne qu'une cuisson facilement supportée.

Mon savant maître de l'hôpital Saint-Louis, le Dr Vidal, a montré que l'acide pyrogallique agit d'une façon très active pour détruire la virulence du chancre simple : il l'emploie ordinairement sous forme de pommade au dixième ou au cinquième. La douleur provoquée par le pansement est très modérée et ne se prolonge que pendant quelques minutes ; la réaction inflammatoire est fort peu intense ; l'action caustique se limite aux tissus malades. Deux ou trois pansements suffiront ordinairement pour enlever à l'ulcération sa virulence et pour que la cicatrisation s'opère avec rapidité comme celle d'une plaie simple, sous l'influence d'un pansement consécutif à l'iodoforme ou à l'acide salicylique.

Le Dr Bottey n'aurait pas obtenu des résultats constants de l'emploi de l'acide pyrogallique et aurait même constaté quelques inconvénients à ce médicament : douleurs violentes, complications inflammatoires ; il est juste de remarquer que ce médecin ordonnait l'acide pyrogallique en solution ou sous forme de poudres.

Le Dr Terrillon préconise la formule suivante :

Amidon.....	40 grammes
Vaseline.....	120 —
Acide pyrogallique.....	40 —

Le Dr Aubert a recommandé un traitement basé sur la propriété qu'ont les températures élevées de détruire la virulence du chancre simple : le célèbre médecin lyonnais a montré, qu'en élevant la température du pus chancrelleux à une température de 42° ou en le maintenant pendant dix-huit heures à des températures variant aux environs de 37 à 38°, on lui enlevait toute virulence ; son inoculation reste sans résultat et ne provoque plus le développement d'un nouveau chancre simple. Un traitement basé sur cette découverte a été préconisé par le docteur Aubert et par mon regretté collègue Martineau et son élève Lormand; c'est celui par les bains chauds prolongés.

Le Dr Aubert a pu maintenir les malades pendant huit à dix heures dans un demi-bain à 40° ; la température générale du malade s'est élevée à 39°,5.

Martineau et Lormand plaçaient des malades dans une quantité d'eau juste suffisante pour que la moitié inférieure du corps fût seule dans le bain ; des compresses froides étaient appliquées sur la tête ; des cordiaux étaient administrés de loin en loin. De tels bains demandent que les malades soient surveillés soigneusement pendant toute la durée du bain ; mais ils sont en général bien supportés et suivis d'une amélioration rapide. Plus d'une fois il a été permis de constater la perte de virulence du chancre après un seul bain.

Malgré ce que de pareils bains ont théoriquement de rationnel, malgré les résultats heureux qu'ils ont donnés dans quelques cas, il est à craindre que les difficultés de leur application ne les empêchent pendant longtemps encore de pénétrer dans la pratique courante.

(*A suivre.*)

Digitized by Google

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement de l'épilepsie par l'hydrate d'amylène

Par le Dr Paul Blocq,
Chef des travaux anatomo-pathologiques à la Salpêtrière (1)

L'hydrate d'amylène a été employé dans le traitement de l'épilepsie par M. H.-A. Wildermuth (2), qui le recommande : 1° dans les états de mal ; 2° quand il y a intoxication bromique, pour remplacer les bromures ; 3° dans l'épilepsie nocturne, en l'alternant avec le bromure ou en l'associant avec l'atropine. Dans ce dernier cas, il conseille de l'administrer surtout quand l'épilepsie est franchement et uniquement nocturne.

Il réussirait, du reste, aussi dans l'épilepsie symptomatique, et notamment dans la polioencéphalite infantile.

Le même médicament a été également préconisé par M. H. Schloess pour calmer l'agitation des alcooliques et des aliénés, ainsi que pour combattre l'état de mal.

A ma connaissance, l'hydrate d'amylène n'aurait pas encore été employé en France (3), et c'est pourquoi il m'a semblé utile de le signaler, car il m'a donné, dans un cas que je vais rapporter, des résultats tout à fait remarquables.

J'aurais désiré poursuivre mes recherches sur ce mode thérapeutique, en utilisant les vastes ressources cliniques que présente la Salpêtrière, et je dois dire que mon maître, M. Charcot, m'avait encouragé dans cette voie.

Malheureusement, ce médicament ne figure pas dans la liste de ceux que délivre la pharmacie des hôpitaux, et comme son prix de revient, sans être très élevé, est encore notable, les malades de la consultation externe de la clinique, auxquels nous en avions prescrit, n'ont pas tardé à l'abandonner, cela bien avant que nous ayons pu nous former un jugement sur l'efficacité de son action.

Voici l'observation extrêmement instructive que j'ai recueillie.

J'ai vu la malade dont il s'agit pour la première fois le 24 octobre 1889.

Mme P., de Coulommiers, est une femme de 35 ans, mariée et mère de deux enfants. Elle a eu pour la première fois, il y a 12 ans, des accès d'épilepsie, qui, a en juger par la description qu'elle en donne, peuvent être rapportés à de l'épilepsie partielle. Les crises, en effet, étaient conscientes au début, commencaient par le pouce de la main droite, gagnaient la tête, et ne se généralisaient qu'ensuite.

Cette première période dura un an environ, puis il ne survint aucun nouvel incident. Ce n'est que depuis trois ans que reparurent de nouveaux accès, ceux-ci généralisés.

Les grandes crises se produisent par séries de 5 à 6 par jour pendant 2 à 3 jours, et ces accès surviennent 5 à 6 fois par mois, les crises étant toujours plus fréquentes vers l'époque correspondant à la période menstruelle.

Dans l'intervalle de ses grands accès, la malade souffre de vertiges qui se montrent tous les jours, souvent plusieurs fois par jour. De plus il existe encore par moment des sensations d'engourdissement dans le membre supérieur droit.

Dès la réapparition de l'épilepsie, la malade avait été soumise à la médication bromurée qui avait diminué un peu la fréquence des accès.

Toutefois, non seulement le soulagement obtenu par les bromures avait été insuffisant, mais de plus le médicament était très mal toléré, et c'est précisément pour ce motif que la malade nous était adressée.

La malade est en effet dans un état d'affaiblissement général, et surtout de dépression mentale très remarquable. La mémoire est presque complètement perdue, l'attention et la volonté sont diminuées ; il lui est devenu impossible de s'occuper de son commerce, — elle tient les livres de son mari habituellement—, et même de son ménage. Elle demeure une partie de la journée prostrée, indifférente à tout ce qui se fait, triste et découragée.

De plus les fonctions digestives se font mal, il y a de l'inappétence et de la diarrhée. Enfin une éruption bromurée, assez discrète cependant, a déterminé aux membres inférieurs la formation d'ulcérations atones qui ne se cicatrisent que difficilement.

Le diagnostic que je formulai fut le suivant : « autrefois, crises d'épilepsie jacksonnienne à début par le pouce droit ; actuellement, épilepsie généralisée (quelques phénomènes persistent de la localisation ancienne). Bromure non toléré. »

Je me demandai, en présence de ces accidents, si, en raison de la localisation ancienne des phénomènes et de la persistance actuelle de quelques signes de localisation — sensation d'engourdissement du membre supérieur droit — on ne serait pas autorisé à intervenir chirurgicalement dans ce cas ?

Cependant, la diffusion actuelle des accidents, d'une part, le mauvais état général de la malade, d'autre part, me firent penser qu'on devrait au moins attendre, pour en venir à la trépanation ; et, pour temporiser en même temps que pour compléter l'observation de la malade, j'instituai la médication suivante : faire, sur la partie temporale gauche du cuir chevelu, préalablement rasé, une application de très petites pointes de feu, répétées tous les cinq jours. Prendre, trois fois par semaine, un bain tiède de trois quarts d'heure de durée. User, pendant les périodes de crise, d'une potion de codéine, chloral et eau de laurier-cerise.

Ce traitement n'amena que très peu de modifications. Le mari de la malade remarqua même que les crises survenaient de préférence le lendemain ou le surlendemain de l'application des pointes de feu.

C'est alors que je songeai à employer l'hydrate d'amylène qui fut donné à la malade à partir du 1er janvier 1890. On verra, par le tableau ci-après, que son efficacité a été incontestable. Voici, à cet égard, la copie de la lettre que m'envoyait le mari de la malade très peu de temps après le début de cette nouvelle médication :

« Ce traitement a été commencé dès le 1er janvier, et, depuis ce moment jusqu'au 23 du même mois, il y a

(1) *Société médico-pratique* du 23 mars.

(2) *Neurol. Centralblatt*, 1889, p. 451.; *Jahrbuch für Psych.*, XIII, 1, 2.

(3) Il n'en est pas fait mention dans le chapitre du Traité récent et très complet de M. Féré, consacré au traitement de l'épilepsie.

Digitized by Google

eu une amélioration sensible dans l'état général de la malade qui est redevenue ce qu'elle était avant le début de la maladie : gaie, enjouée..., etc. »

J'ai revu, du reste, Mme P... vers cette époque, et ai constaté, en effet, une modification très grande de son état général. Les règles avaient réapparu régulièrement, il n'y avait plus de troubles digestifs.

(Traitement par pointes de feu).

1889.	Novembre.	12 crises, et vertiges tous les jours.			
	Décembre.	8	—	—	—

(Traitement par l'hydrate d'amylène, 2, 3, 3, 4).

1890.	Janvier.	4 crises, plus de vertiges.			
	Février.	5	—	—	—
	Mars.	2	—	—	—

(Traitement par l'hydrate d'amylène, 3, 4, 4, 5).

Avril.	0 crises, plus de vertiges.			
Mai.	2	—	—	—
Juin.	1	—	—	—
Juillet.	0	—	—	—
Août.	1	—	—	—
Septembre.	0	—	—	—
Octobre.	0	—	—	—

La malade remarqua que les crises survenues depuis l'emploi de son nouveau traitement avaient correspondu avec la période pendant laquelle le médicament était pris aux doses les plus faibles.

Voici, en effet, comment j'avais formulé la prescription :

Prendre	tous les jours	de la 1re	semaine	2	cuillerées à	soupe
—	—	2e	—	3	—	—
—	—	3e	—	3	—	—
—	—	4e	—	4	—	—

de la solution :

Hydrate d'amylène	20 grammes
Eau distillée	200 —

dans un peu de vin pur, et recommencer sans arrêter un seul jour.

Lors de cette observation de la malade, je jugeai que la dose du médicament était insuffisante; aussi, à partir d'avril, je l'augmentai ainsi: même progression, en commençant par 3 cuillerées à soupe, soit 3, 4, 4, 5.

J'ai revu, en dernier lieu, la malade, le 15 octobre 1890: elle n'avait plus eu d'accès depuis deux mois et jouissait d'un état général et mental excellents.

J'ai fait diminuer progressivement les doses du médicament, et, comme actuellement (mars 1891) je n'ai pas reçu de nouvelles de Mme P..., j'ai tout lieu de supposer que cette amélioration, car je n'ose parler de guérison absolue en cette matière, s'est maintenue depuis ce temps.

Le fait est assez démonstratif par lui-même pour pouvoir se passer de longs commentaires. Il nous paraît certain que, dans ce cas, l'hydrate d'amylène a rendu les plus grands services. Toutefois, tout en nous gardant d'une hâtive généralisation, nous sommes tellement désarmés en face du mal comitial, lorsque les bromures sont impuissants ou mal tolérés, qu'il est bon de connaître l'existence d'un autre médicament dont l'efficacité peut être très réelle, et qui, d'autre part, même à des doses élevées, ne nous a pas paru déterminer d'accidents. Je dois ajouter, en effet, que depuis j'ai employé l'hydrate d'amylène, sans inconvénients, à diverses reprises, notamment dans un cas de paralysie agitante et dans un cas de tic douloureux de la face.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

DERMATOLOGIE

I. **Traitement de l'hyperhydrose palmaire et plantaire par l'ichtyol.** — On en retire, paraît-il, de réels bénéfices contre cette affection rebelle.

On pratique des lotions avec l'eau tiède, et, immédiatement après, des onctions avec la pommade suivante :

Ichtyol.....	30 grammes
Vaseline.....	40 —

Ce pansement doit être répété deux fois quotidiennement.

GYNÉCOLOGIE

II. **Traitement du catarrhe utérin par la méthode sèche.** — Ce traitement est applicable aux catarrhes utérins indépendants de paramétrite, de périmétrite ou d'affections des annexes. Il a pour objet, d'après l'un de ses partisans, Chobrak, d'être à la fois un moyen de dilatation et un pansement:

1° Procéder, avec soin, au lavage antiseptique de la cavité vaginale par une solution de sublimé au millième ;

2° Appliquer le spéculum et déterger, avec l'ouate, le canal cervical, des mucosités qui l'obstruent,

3° Introduire une sonde utérine de fort calibre jusqu'au fond de la cavité utérine, et, au besoin, dilater préalablement avec le dilatateur de Hegar, jusqu'au n° 5. — Lavage de la cavité utérine avec la solution forte de sublimé,

4° Assèchement de la cavité utérine avec l'ouate. Tamponner cette cavité avec des mèches iodoformisées et portées par une fine sonde recourbée. Tamponner enfin le vagin,

5° Répéter ce pansement trois ou quatre fois, dans des séances successives, de façon à obtenir une dilatation utérine complète. Ensuite, pratiquer seulement des lavages vaginaux et le tamponnement vaginal.

Une des conditions du succès est l'asepsie absolue des objets de pansement et leur perméabilité suffisante aux sécrétions utérines et vaginales.

S. R.

REVUE DES LIVRES

Du traitement hydro-minéral du surmenage, par M. le Dr Philbert (Paris, 1891)

Cette petite brochure est consacrée à démontrer l'utilité des eaux minérales chlorurées, et en particulier celle des Eaux de Brides, pour favoriser l'élimination des substances à l'accumulation desquelles on peut attribuer les accidents du surmenage. La minéralisation des eaux de Brides et l'altitude de cette station motivent les préférences de notre confrère distingué.

Cette modeste brochure est intéressante à lire. Pour ma part, j'y ai rencontré des idées que j'ai eu l'occasion de développer dans la *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique* en 1888 et 1889. On est toujours heureux, amour propre et naïveté! de

Digitized by Google

trouver la confirmation de ses propres opinions, même quand mention n'est point faite des travaux où on en a fait l'exposé.

CH. ELOY.

Aperçu sur les conditions sanitaires et hygiéniques du Sahara algérien, par M. le Dr H. WEISGERBER (Paris, 1890).

Cette brochure donne un résumé intéressant des observations médicales recueillies par notre estimé confrère, M Weisgerber, pendant une mission envoyée en reconnaissance topographique entre Laghouat, El Goleah et Ouargla.

Ces documents datent de dix années environ ; mais, comme l'administration n'a pas encore jugé à propos de les publier, M Weisgerber l'a devancée. La montagne ne venant pas à lui, il va vers la montagne, et, dans cet aperçu climatologique et hygiénique, initie ses lecteurs aux causes d'insalubrité et aux maladies des habitants du Sahara.

C'est dire que ce mémoire constitue une consultation fort importante pour tous ceux, de plus en plus nombreux, qui s'occupent des choses de l'Afrique. Nous en recommandons la lecture surtout à nos confrères militaires. Ils y trouveront agrément et profit. Ch. E.

De l'Assistance publique au Havre, par M. le Dr GIBERT (Havre, 1891).

Etat actuel de l'Assistance publique au Havre, par M. le Dr LEPRÉVOST (Paris, 1891, A. Coccoz).

Dans la première de ces brochures, M. le Dr Gibert défend la cause des bureaux de bienfaisance, des dispensaires et du système de l'assistance publique à domicile. Son argumentation démontre l'insuffisance de l'hospitalisation telle qu'on la pratique ; de l'organisation si coûteuse de l'assistance publique actuelle et de l'esprit suranné qui, trop souvent, anime son administration. Ecrite par une plume ardente, cette brochure fera, on l'espère, quelque bruit au Havre et dans... les landerneau administratifs que tout le monde connaît et que, pour ce motif, il n'est point besoin de nommer.

Le second mémoire a M. le Dr Leprévost pour auteur. Il y répond en partie aux critiques de son confrère et de son concitoyen. Chirurgien distingué d'un grand hôpital, il plaide en faveur de l'hospitalisation des malades. Ses arguments ont aussi leur valeur.

Après le réquisitoire, la défense ! On se dit donc, en fermant ces deux brochures : tout n'est pas au mieux dans l'assistance publique actuelle. Seulement, il y manque une troisième opinion, celle des hygiénistes et des médecins non officiels, et surtout celle, que l'on néglige trop, des contribuables.

Cette réflexion n'est pas une critique : en la formulant, j'espère engager mes lecteurs à parcourir les mémoires de nos deux savants confrères. Après, je l'espère, ils concluront comme moi. CH. ELOY.

Cours d'hygiène pratique, hygiène individuelle, hygiène scolaire, hygiène publique, par M. le Dr BALESTRE (P. Delaplane, Paris. 1891).

Ce livre reproduit un cours que l'auteur a fait à l'Ecole normale de Nice, c'est-à-dire qu'il est écrit plus spécialement à l'usage des instituteurs. C'est pourquoi notre confrère a pensé, avec raison, qu'il devait développer le chapitre de l'hygiène scolaire beaucoup plus que ne l'indiquait le programme officiel. Bien que ne s'adressant pas à des médecins l'ouvrage peut leur être utile comme toute œuvre de vulgarisation.

L'hygiène individuelle comprend l'étude des aliments solides et liquides, du vêtement ; l'hygiène scolaire résume les conditions d'habitat, les maladies, le travail scolaire. Nous aurions voulu y lire quelques mots sur une question à l'ordre du jour, le travail manuel. L'hygiène publique termine le volume, qui se ferme par des notions de police sanitaire des animaux.

H. G.

REVUE DES CONGRÈS

Congrès allemand de médecine interne

Tenu à Wiesbaden du 6 au 9 avril 1891

(D'UN CORRESPONDANT)

Wiesbaden, 12 avril 1891.

I. *Le traitement de la tuberculose par la méthode de Koch et les médecins allemands.* — II. *L'angine de poitrine.*

Dans une lettre précédente, j'ai résumé impartialement les débats du Congrès allemand de chirurgie et l'opinion de la majorité de ses membres (1) sur la valeur diagnostique et thérapeutique du remède de Koch.

Cette même question vient d'être traitée au Congrès de Wiesbaden, surtout au point de vue de la tuberculose pulmonaire.

Mais, avant d'exposer le débat, un mot sur le Congrès. Comme les précédents, il a réuni environ 400 médecins, et encore, comme eux, s'est tenu avec le cérémonial traditionnel.

Les *coliques hépatiques* et la *cholélithiase* servirent de thèmes aux discours des deux premiers rapporteurs. Point de conclusions originales sur cette vaste question. Je passe donc et, de suite, j'arrive aux question si actuelles du *remède de Koch* et de l'*angine de poitrine*.

I. Le traitement de la tuberculose par la méthode de Koch et les médecins allemands. — On a formulé la question sans écrire le mot tuberculine. Pourquoi? Intentionnellement? Dans ce cas, c'était habile et mettre à l'épreuve le patriotisme des membres du Congrès, en leur demandant de se prononcer, non pas sur le remède même, mais sur la méthode de Koch. Eh bien! il semble que l'epreuve et la manœuvre n'ont pas été fort heureuses. Puis, coïncidence singulière, c'est au moment où ce verdict scientifique était rendu que l'on promulguait l'ordonnance impériale sur la vente du fameux produit!

Des quatre cents congressistes, la moitié, pour le moins, partagent les scrupules de M. NAUNYN (de Strasbourg). Ces scrupules sont-ils fondés? Oui, dit-il, car la réaction, qui doit être médicatrice, et qui suit les injections, a été souvent l'origine d'un état fébrile durable. Cette aggravation est indépendante des doses employées et tient, ajoute-t-il, à la nature du remède. De plus, aveu dont le lecteur étranger mesurera la gravité, les succès, qui ont été obtenus en apparence, tiennent au choix même des cas favorables que l'on avait fait, en éliminant les formes graves.

Si M. Naunyn est cruel, M. SCHULTZE (de Bonn) est seulement sévère.

La méthode de Koch a pour objet, dit-il, en substance, de provoquer une inflammation éliminatrice. Eh bien! rien, jusqu'à présent, ne permet d'apprécier les conséquences et de mesurer l'intensité d'une inflammation ainsi provoquée. Or, répond à son tour un autre congressiste, M PEIPER (de Greiswald), ce n'est point là une objection hasardée. On sait maintenant, — on le sait trop, — que cette inflammation a mis en danger des individus, même non tuberculeux. Dans l'action de la tuberculine, il aurait fallu tenir compte des différences individuelles. C'est vrai, ajoute aussi M. TURBAN (de Davos), et, somme toute, les différences dans la réaction sont celles que tout autre poison produirait en l'administrant à divers individus.

(1) Voir: *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 15 avril 1891.

Digitized by Google

La tuberculine aurait-elle au moins quelque valeur comme moyen de diagnostic? Non, d'après M. Freymuth (de Dantzig), qui le prouve par une série de soixante-dix tuberculeux chez lesquels la réaction a été irrégulière ou nulle. Dans un cas, par exemple, où cette réaction avait manqué, d'où on crut à la syphilis, l'autopsie démontra la tuberculose.

Au point de vue thérapeutique, les statistiques de MM. Detweiler (de Falkenstein) et Wolff (de Gobersdorf) sont aussi démonstratives. Les voici, sans commentaires: 3,1 pour 100 de malades guéris en apparence et avec disparition des bacilles; 33 pour 100 améliorés; 39 pour 100 stationnaires. Or, ces résultats sont inférieurs à ceux du traitement actuellement employé à Falkenstein, à Gobersdorf et ailleurs. M. Detweiler n'hésite donc pas à formuler des conclusions qui ressemblent singulièrement aux considérants d'un arrêt de condamnation. En voici les principales:

1° Au point de vue thérapeutique, il est impossible d'établir un rapport entre la valeur de la méthode de Koch et celle des médications classiques;

2° Comme moyen de diagnostic, sa valeur est incertaine et son emploi dangereux;

3° Dans les formes graves, ce remède augmente la gravité du pronostic, et, dans les cas légers, son efficacité est peu appréciable. Les améliorations signalées pendant la réaction ne doivent pas, de plus, être mises au profit de la tuberculine;

4° Enfin, la prétendue immunité des malades ainsi traités est une erreur, puisque dans 3 cas sur 100 seulement, on a vu les bacilles disparaître des crachats.

Quelle est la conclusion de ce débat? Peut-on retirer un pronostic sur l'avenir de la méthode de Koch? Cui, et bien que les avis soient partagés, en Allemagne, sur l'opportunité de continuer ou de cesser les essais, M. Naunyn a pu s'exprimer ainsi à la grande satisfaction des congressistes et en résumant le débat.

La méthode de Koch a-t-elle procuré des améliorations réelles dans la phtisie? Ou bien les améliorations observées sont-elles l'effet de la sélection opérée parmi les malades mis en expérience? Les deux avis ont des représentants; mais tous s'ajournent pour se prononcer définitivement après de nouvelles expériences de laboratoire, après les perfectionnements de la méthode et celui du remède.

Cette réserve est prudente, on la conçoit après les incidents de ces derniers mois. Demander plus aux médecins de ce pays eût été vraiment douloureux pour leur patriotisme scientifique. Cependant, j'ai entendu murmurer auprès de moi cette phrase: « Allons! ne va-t-on pas dire, en constatant ce revirement de l'opinion, à quelques mois de distance: on brûle aujourd'hui en Allemagne ce qu'hier encore on y adorait. »

M. Koch aurait-il la malechance d'un Bismarck scientifique? Dans la bouche d'un congressiste allemand, n'est-ce point là, comme vous le dites en France, le mot de la fin?...

II. **L'angine de poitrine.** — Deuxième question mise à l'ordre du jour, avec M. Fraenkel (de Berlin) pour rapporteur et Vierordt (de Heidelberg) pour co-rapporteur. On se l'explique après les travaux récents et considérables dont l'angine de poitrine a été l'objet, surtout en France, durant ces dernières années.

Après avoir rappelé les noms d'Heberden, Stokes, Parry, M. Frænkel a adopté la distinction nosologique fondamentale, établie par M. H. Huchard et nos compatriotes, et distingué entre l'angine de poitrine par artério-sclérose et la fausse angine de poitrine.

L'étiologie de l'angine de poitrine vraie se résume dans les mots: artério-sclérose, syphilis, lésions artérielles bactéridiennes.

Dans la symptomatologie, il faut distinguer les formes frustes, les formes douloureuses (angoisse, douleur précordiale et irradiée par attaques, irrégularité du pouls dans l'intervalle de ces dernières), la forme pseudo-asthmatique, etc. Il insiste sur la gravité des bruits du cœur fœtal (embryocardie), étudiés par M. Huchard, enfin, sur les attaques auxquelles ce dernier a donné le nom d'angine de poitrine sans angor, ou bien encore sur l'angine de poitrine, qualifiée par Frænkel de gastrique et en France de pseudo-gastralgique, où, en raison du siège anormal des sensations angoissantes, « le malade sent son angine dans l'estomac ».

Au point de vue anatomo-pathologique, M. Frænkel admet — c'est l'opinion de la majorité à l'heure actuelle — l'influence pathogénique de la coronarite, la théorie du spasme cardio-vasculaire d'Heberden, et, de plus, avec Stokes et Parry, le rôle de l'affaiblissement du cœur en raison de la dilatation des parois myocardiques. C'est admettre l'action de l'effort et de l'hypertension artérielle comme causes occasionnelles des accès, données étiologiques, nettement établies, en France du moins, par les travaux contemporains.

Avec M. Huchard, M. Frænkel catégorise, sous la rubrique de fausses angines de poitrine, celles qui sont dues à la névrite cardiaque, aux névroses, au tabagisme, aux troubles gastro-intestinaux. Les angines rentrent donc dans la catégorie des névroses réflexes de Nothnagel.

M. Vierordt (de Heidelberg) étudie surtout les difficultés du diagnostic sur le pronostic et sur le traitement de cette affection.

Pour formuler le diagnostic d'angine de poitrine, il ne faut point s'en tenir aux signes d'angoisse cardiaque, de cardialgie ou de douleurs névralgiques. Faux angineux et vrais angineux peuvent les accuser. Le clinicien doit donc motiver son diagnostic sur des considérations objectives.

Autre difficulté: à côté des cas typiques, il y a les formes mixtes, angine de poitrine avec accès d'asthme; angine de poitrine vraie et angine de poitrine nerveuse, angine de poitrine hystérique avec forme asthmatique ou angorale. Ce n'est point tout: il y a encore à retenir les ressemblances des accès angineux d'origine nerveuse avec les palpitations, la tachycardie, les phénomènes nerveux de tabagisme, etc., etc. D'où la nécessité de tenir un grand compte de l'âge (rareté de la coronaire avant 35 ans), du sexe, de la répétition des accès et de leur forme (accès répétés et variabilité des phénomènes dans les angines de poitrine fausses).

D'autre part, la gravité du pronostic est en rapport avec l'origine organique ou non organique de la maladie, mais non pas avec les symptômes observés.

J'abrège: la dernière partie du rapport de M. Vierordt est consacrée au traitement. Pendant les accès, il adopte les nitrites contre l'angine de poitrine vraie, et les narcotiques, chloral, morphine et plus rarement codéine contre les angines de poitrine d'origine nerveuse. Dans l'intervalle des accès, il conseille les iodures alcalins. C'est donc la médication artérielle (1) qu'il préconise, et cette recommandation est un hommage à nos compatriotes, puisque pour sanction, le rapporteur invoque les brillants succès obtenus en France par M. Huchard.

Je n'insiste pas non plus sur la discussion de la théorie de la douleur cardiaque. M. Vierordt fait des réserves sur le rôle de l'ischémie myocardique et les expériences de Cohnheim sur l'anémie myocardique et les effets de la ligature des coronaires. M. Frey (de Leipsig) formule les mêmes réserves, en invo-

(1) Voir: *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1891 pages 25 et 199.

Digitized by Google

quant les expériences de Wooldrige, Tigerdest, et les observations de Gley, Spalteholz, Krehl ou autres pour objecter aux partisans de la théorie ischémique, que, même exsangue, le cœur continue encore de battre pendant un certain temps.

Ainsi donc, au témoignage de M. Cunschmann (de Leipsig) et de l'anatomie pathologique, point de doutes sur l'existence sinon la constance de lésions des coronaires dans la majorité des cas Au témoignage de M. Nothnagel (de Vienne), probabilité de l'origine vasculaire de la douleur cardiaque, douleur qui serait comparable à celles « des migraines » ischémiques. Enfin, confirmation de ces faits par M. Van Zienissen (de Munich), constatant des phénomènes angineux dans un cas de thrombose et d'anévrysme avec occlusion des coronaires.

Certes, il y a quelques divergences d'opinion entre ces auteurs, mais ces divergences sont plus apparentes que réelles. On s'accorde sur le rôle pathogénique considérable de l'ischémie cardiaque et des altérations vasculaires. On admet la nature artérielle de la maladie; puis, conséquence de ces prémisses, on reconnait l'efficacité de la médication artérielle.

Voilà; on ne saurait assez le répéter, un fait important dans l'histoire contemporaine de la pathologie cardio vasculaire ; voilà, aussi, on ne saurait trop s'en féliciter, un témoignage sincère à l'égard de travaux contemporains, dont les plus considérables sont le patrimoine de la science française.

(*A suivre*).

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES ÉTRANGÈRES

Angleterre. **Société de médecine de Londres** (11 avril 1891). I. *Traitement de la rhinite atrophique.* — Autriche. **Société impériale et royale des médecins de Vienne** (10 avril 1891). II. *Fibrômes cornéens.* — Belgique. **Société médico-chirurgicale de Liège** (5 février 1891). III. *Traitement des fractures de la rotule.*

I. **Traitement de la rhinite atrophique.** — Est-ce un ozène ? M. Havilland Hall estime que non et que sous le nom de rhinite atrophique chronique, il veut désigner une autre affection.

Celle-ci débute d'ordinaire avant la seizième année et se montre plus souvent chez la femme que chez l'homme ; en particulier chez les phtisiques ou les anémiques. Quelle est son origine ? Une déformation congénitale, un arrêt de développement ou l'hypertrophie des cornets, ayant pour effet de favoriser la stagnation du mucus dans les cavité nasales et sa décomposition. On sait que Lowenberg y a découvert des microbes. Les bactéries jouent donc un rôle pathogénique manifeste dans l'évolution de cette maladie.

Comment faut-il la combattre ? M. Havilland Hall conseille d'abord les irrigations alcalines et parmi elles, la suivante, dont la formule est analogue à celle du liquide recommandé par Mackenzie :

Bicarbonate de soude ....
Chlorure de sodium..... } àà 30 centigrammes.
Borax .....
Sucre blanc .. .. 70 centigrammes.

Pour un paquet que l'on fera dissoudre dans deux onces d'eau chaude.

On doit enlever avec la pince les croûtes des narines quand on ne parvient pas à les détacher par le lavage nasal antérieur et postérieur. On doit recommander aux malades de faire usage de ces irrigations, le matin et le soir.

Dans le cas où cette médication échouerait on la remplacerait par des instillations intra-nasales de solutions faibles d'alun (10 à 25 centigrammes pour 30 grammes d'eau) de sulfate de zinc, de nitrate d'argent, ou bien on pourrait essayer les insufflations de poudre d'iodoforme, de salol, d'aristol ou d'acide borique. Dans les cas rebelles, on aura recours au tampon de Gottstein.

Enfin, M. Hall conseille d'appliquer sur la muqueuse de la partie antérieure des fosses nasales une couche de vaseline à l'eucalyptol :

Vaseline..... .... 30 grammes
Essence d'eucalyptus. ..... 4 —

Ou bien encore, de pratiquer sur les narines des onctions avec la paraffine liquide.

II. **Fibromes cornéens.** — Il s'agit ici d'une affection oculaire exceptionnelle dont M. Adler a eu l'heureuse fortune clinique d'observer un cas.

Le début de l'affection a été lent; pas de symptômes d'irritation locale, mais une diminution progressive de l'acuité visuelle. Aucun signe positif ne permettait ni d'affirmer et encore moins de soupçonner l'existence d'une tumeur de l'œil.

Depuis, et tout récemment, en pratiquant l'examen de l'œil gauche on y a constaté, au niveau de la cornée, des granulations grisâtres gelatiniformes et saillantes sur la cornée. Leur tissus est perméable à la lumière, mais l'éclairage le meilleur ne permet point d'en reconnaitre la structure. Mêmes granulations sur l'œil droit qui, de plus, est cataracté.

L'examen histologique d'une parcelle de tissu enlevée à la surface de ces tumeurs a permis d'y reconnaitre un granulome formé aux dépens du tissu cornéen et tapissé d'une couche d'épithélium normal.

M. Adler, qui rapporte cette observation, compare ces néoplasmes aux productions fibreuses que l'on remarque sur les séreuses à la suite des inflammations chroniques. Il omet, par contre, de donner un avis sur le traitement à suivre. C'est peut-être pour avouer que l'expectation et l'impuissance thérapeutique sont seules justifiables.

III. **Traitement des fractures de la rotule.** — M. von Viniwarter a obtenu les meilleurs résultats du procédé opératoire suivant, qu'il recommande dans le cas de fracture transversale de la rotule. En voici la technique :

1° Nettoyer scrupuleusement et désinfecter la région ; appliquer la bande d'Esmarch ; puis diviser la peau et les parties molles par une incision longitudinale ouvrant la poche contenant des caillots sanguins et communiquant avec la cavité articulaire,

2° Curetage des caillots, lavage de la cavité de la synoviale avec un courant d'eau phéniquée ou une solution de chlorure de sodium à 7 0/00 ; résection des lambeaux de la capsule :

3° Perforer les deux fragments rotuliens au moyen d'une vrille, et placer deux fils d'argent, servant, par leur torsion, à affronter les fragments ;

4° Suture du périoste de la rotule et de la capsule ; drainage, au besoin seulement ;

5° Pansement antiseptique et compressif; immobilisation du genou avec un appareil plâtré, que l'on renouvelle le dixième jour et qui n'est pas remplacé, à moins d'accidents;

6° Vers la cinquième semaine, enlever l'appareil et prescrire la gymnastique articulaire sous forme de mouvements passifs du genou ; massage, électricité, bains et douches.

Quand doit-on employer ce traitement ? Immédiatement après l'accident? Non; il convient d'essayer l'immobilisation, et il sera toujours temps, après deux et même quelques semaines, de pratiquer la suture.

Enfin, autre considération : l'intervention doit être motivée par l'état social du blessé. « Un ouvrier, dont la fracture rotulienne se termine par une diastase des fragments rotuliens, est estropié. » Il n'en est pas de même d'un individu qui, par sa position de fortune, peut considérer son genou mal emboité comme un désagrément et non comme une infirmité.

N. R.

Digitized by Google

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 *avril* 1891

Présidence de M. le Dr Polaillon

Trois cas de hernies congénitales chez la femme. — M. Berger. — On sait que l'existence de la hernie inguinale congénitale chez la femme a été admise plutôt par analogie de ce qui a lieu chez l'homme que par l'aide de preuves anatomiques convaincantes Ces hernies ont même été niées par un certain nombre d'auteurs ; cependant M. Berger en a observé cette année trois cas qui lui paraissent être des exemples indubitables de hernies congénitales de la femme. Les deux premiers sont associés à des kystes congénitaux du canal de Nuck, le troisième est seulement constitué par une grosse hernie.

Le premier cas a trait à une femme de 31 ans, atteinte depuis dix ans d'une hernie inguinale douloureuse, réductible, mais impossible à maintenir, car la malade ne pouvait supporter aucun bandage. M. Berger fit la cure radicale de la hernie. Après avoir incisé la peau, il traversa d'abord un sac dartoïque, puis tomba sur le sac lui-même, situé en avant du canal inguinal. Ce premier sac était formé par un kyste limité de toute part par une membrane séreuse et situé lui-même en avant du sac véritable. Celui-ci était très adhérent au ligament rond et remontait très haut dans le canal inguinal. Après l'avoir soigneusement disséqué, puis lié à son origine, M. Berger en fit la résection complète, et abandonna le pédicule dans l'abdomen. Il ne restait plus qu'à reconstituer la paroi abdominale, ce qui fut fait par plusieurs plans de sutures. Au bout d'un mois la malade était entièrement guérie, la hernie ne s'est pas reproduite.

Le deuxième cas est identique au précédent : même hernie inguinale réductible chez une jeune fille de 20 à 21 ans, qui veut être débarrassée de son infirmité. M. Berger employa le même procédé de cure radicale, trouva également un kyste séreux dans le canal de Nuck ; mais en voulant lier le pédicule, il attira au dehors un organe qui n'était autre que la trompe. Celle-ci fut réduite dans le ventre avec le pédicule ; même restauration de la paroi abdominale, suivie d'un succès complet.

Ce kyste ne pouvait être formé par un ancien sac herniaire, ni par un hygroma ; il provenait évidemment d'un cloisonnement partiel du canal de Nuck non oblitéré. Cette persistance du canal est d'ailleurs assez fréquente, puisque M. Féré l'a observée sur 150 sujets ; d'après les recherches de cet auteur, elle est plus fréquente à droite qu'à gauche, ce qui concorde bien avec les deux cas de M. Berger. Ces kystes ont été également décrits sous le nom d'hydrocèle de la femme. Une adhérence très marquée au ligament rond, leur prolongement vers le péritoine, un développement vasculaire très accentué à leur surface, une première enveloppe dartoïque sont autant de caractères en faveur de leur congénitalité.

Le troisième cas pour lequel M. Berger fit la cure radicale était une hernie en bissac à forme récidivante. Lorsque la malade entra à l'hôpital, la hernie était étranglée de nouveau, quoique la kélotomie eut déjà été faite à Metz; toute la région de l'aine était remplie par une tuméfaction s'étendant jusqu'à l'épine iliaque antero-supérieure. La tumeur bilobée présentait deux reliefs situés l'un au niveau de l'arcade crurale, l'autre au niveau de la grande lèvre. M. Berger fit son incision au niveau de l'arcade de Fallope et ouvrit le sac après avoir traversé l'aponévrose du grand oblique. Le sac se prolongeait de l'épine iliaque à la grande lèvre en passant derrière le pilier antérieur du canal inguinal ; il communiquait avec l'abdomen en haut et en dehors de l'orifice interne du canal inguinal. A cause de ce dernier caractère M Berger admet que cette hernie était une variété de hernie congénitale.

Le sac fut disséqué, puis reséqué sur toute son étendue, et la paroi abdominale refermée comme dans les cas précédents. La malade guérit radicalement.

Elongation nerveuse. — M. Charvot rapporte trois observations de névralgies sciatiques, guéries par l'élongation sanglante du nerf sciatique.

Calcul salivaire de la glande sous maxillaire. — M. Tuffier présente un calcul de la glande sous-maxillaire. Ce calcul très volumineux (4 centim. de long sur 3 cent. de large) provient d'une femme qu'il a opérée à Beaujon. Le calcul datait de deux ans, il n'y avait jamais eu ni colique salivaire, ni suppuration. La tumeur faisait saillie dans la région sous hyoïdienne.

Incision sus-hyoïdienne, taille longitudinale du canal de Warthon, extraction du calcul, curage du canal, suture de ce canal par un double plan au catgut (affrontement des bords et suture la Lembert). Réunion par première intention de la plaie sus-hyoïdienne au septième jour. Le canal de Worthon est parfaitement perméable. H. M.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 *avril* 1891

Présidence de M. le Dr Labbé

Des processus infectieux et dialytiques dans les kystes hydatiques du foie. — MM. Chauffard et Widal ont étudié expérimentalement un certain nombre de phénomènes microbiologiques et physiques dont les kystes hydatiques peuvent être le siège. Une première question était de savoir si normalement le liquide hydatique limpide contient ou non des microorganismes La clinique nous apprend déjà que la rupture des kystes hydatiques non suppurés amène des phénomènes secondaires d'ordre toxique, mais jamais de nature infectieuse. L'absence de réaction péritonitique en est une preuve suffisante. L'expérimentation confirme ces faits cliniques. Le liquide clair, transparent, eau de roche, est rigoureusement aseptique. Des cultures, ensemencées avec du liquide provenant de différents kystes, restèrent stériles. On peut en conclure que le liquide hydatique normal ne renferme pas de microbes.

Une autre question à résoudre était de savoir si le liquide hydatique, normalement aseptique, constituait à lui seul un milieu de culture favorable aux différents microbes pyogènes. Des tubes de liquide hydatique, ensemencés avec le staphylocoque, le streptocoque, le bacille typhique et le bacille coli communis, donnèrent de belles cultures de ces microbes. Ces expériences montrent que ce liquide est un milieu de culture très favorable au développement des divers microbes.

Il importait alors de savoir quel rôle joue la membrane hydatique vis-à-vis des microbes pyogènes. Se laisse-t-elle traverser par eux, ou leur oppose-t-elle une barrière infranchissable? Une expérience très simple permet d'élucider cette question. Des vésicules hydatiques sont plongées dans des tubes de bouillon peptonisé, ensemencés avec le staphylocoque doré, le streptocoque, le bacille coli communis : au bout d'un certain temps, on examine le liquide hydatique avec les précautions les plus minutieuses: il ne renferme aucun microbe. La membrane hydatique, quelle que soit sa minceur, ne s'est donc pas laissé pénétrer par les microbes.

Si elle est infranchissable par les micro-organismes, peut-elle être traversée par les substances solubles dissoutes dans un milieu ambiant?

Les vésicules hydatiques se laissent pénétrer par le violet de méthyle, par la fuschine, si on les plonge dans des solutions de ces substances ; il en est de même pour les sels minéraux, tels que le sublimé, les sels de cuivre.

Digitized by Google

Ces expériences ont également montré que les substances colloides dissoutes, telles que l'albumine urinaire, traversaient la membrane dialysante hydatique.

Dans un autre ordre d'idées, MM. Chauffard et Widal ont recherché quelle était la quantité de substances antiseptiques nécessaire pour maintenir aseptique le liquide ensemencé avec le staphylococcus pyogenes aureus; ils ont prouvé qu'il suffirait d'une partie de sublimé pour 55,000 de liquide hydatique. Pour obtenir le même résultat, il faut une dose considérable avec l'acide phénique, très élevée encore avec le naphtol B. Le sublimé est donc le liquide de choix pour le traitement des kystes hydatiques suppurés.

Il résulte de ces expériences que la suppuration ne peut apparaître d'emblée dans les kystes hydatiques; pour que leur contenu subisse la transformation purulente, il faut que les microbes y pénètrent par une fissure de cette poche, ou qu'elle ait été elle-même envahie par une inflammation périkystique, inflammation que l'on constate ordinairement.

Nature de la pleurésie séro-fibrineuse. — M. Netter. La pleurésie séro-fibrineuse aiguë est souvent de nature tuberculeuse: cette opinion n'est pas acceptée sans contestation, quoiqu'elle ait été soutenue avec preuves à l'appui par M. Landouzy, par MM. Kelsch et Vaillard, par Ricochon, et, en dernier lieu, par M. Comby, dans cette Société où elle souleva une discussion assez vive. Les preuves cliniques sont, en effet, insuffisantes; le malade, au moment de sa pleurésie, peut ne pas présenter de signes de tuberculose pulmonaire et il est souvent impossible de le suivre pendant longtemps.

L'examen du liquide épanché est toujours négatif, aucun auteur n'y a trouvé de bacilles spécifiques. Il faut donc avoir recours à la méthode des inoculations. MM. Chauffard et Gombault, sur vingt-cinq inoculations de liquide pleurétique séreux chez les cobayes, ont obtenu dix résultats positifs. MM. Gilbert et Lyon, avec les mêmes inoculations, n'ont pu provoquer une seule fois la tuberculose. La question n'est donc pas encore jugée. M. Netter a étudié de nouveau ce problème par des expériences poursuivies depuis deux ans. Il a étudié 41 cas de pleurésie séro-fibrineuse aiguë à l'aide d'inoculations pratiquées de la façon suivante: aussitôt après une ponction avec la seringue de Pravaz, il inocule dans le péritoine d'un cobaye le contenu de la seringue, y compris le bouchon fibrineux qui se forme immédiatement dans l'aiguille.

C'est pour ne pas avoir pris cette dernière précaution qu'un certain nombre d'auteurs ont échoué dans leurs recherches. En effet, il est très possible que les bacilles soient retenus dans ce petit bouchon fibrineux.

M. Netter divise en trois groupes, au point de vue de leur étiologie, les pleurésies qu'il a observées. Dans le premier, l'influence de la tuberculose est manifeste; dans le second, cette influence ne peut être invoquée, telle est la pleurésie dite rhumatismale; dans le troisième, l'étiologie est inconnue; ce groupe correspond aux pleurésies dites essentielles.

1er *groupe.* — La tuberculose peut être éliminée comme cause occasionnelle. Les inoculations avec des liquides provenant de neuf pleurétiques ont donné chez les cobayes des résultats négatifs.

2e *groupe.* — L'intervention de la tuberculose est manifeste. Sur 12 cas, il a eu sept fois des résultats positifs.

3e *groupe.* — Pleurésies en apparence primitives. Sur 20 cas, huit fois il est parvenu à reproduire la tuberculose chez les animaux en expérience.

Ces expériences prouvent que la pleurésie est souvent de nature tuberculeuse, même chez des malades en apparence indemnes de tuberculose.

Bacilles d'Eberth dans un épanchement pleural hémorrhagique. — M. Charrin. Un homme de 37 ans entre, à la fin du mois de novembre, dans le service de M. Bouchard, à Lariboisière, atteint de fièvre, diarrhée, vomissements. Les jours suivants, on ne constate aucun des symptômes de la fièvre typhoïde. Le 4 décembre, apparaissent les premiers signes d'un épanchement pleurétique gauche, puis le liquide de résorbe. Le 19 décembre, l'épanchement reparaît du même côté; une ponction avec la seringue de Pravaz donne issue à un liquide sanglant, avec lequel on ensemence des tubes de culture. L'épanchement devient assez considérable pour être ponctionné, même liquide sanglant. Le malade meurt le 12 janvier.

A l'autopsie, on ne trouve aucune lésion des organes abdominaux; les deux poumons sont tuberculeux. Il ne pouvait donc s'agir d'une fièvre typhoïde. Cependant, les cultures faites avec le liquide pleural donnèrent des colonies pures du bacille d'Eberth. Des inoculations de ce liquide chez les animaux se montrèrent très pathogènes, déterminant rapidement la mort avec reproduction du même liquide hémorrhagique dans les plèvres, sans aucune lésion intestinale.

Dr H. Marciguey.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 13 avril 1891

La synthèse de la quinine (*Quinine artificielle*). — MM. Arnaud et Grimaux viennent de faire faire un pas important à cette question.

Il existe dans le *remijia pedunculata* une base, la cupréine, qu'ils ont réussi à transformer en quinine, en la traitant par le sodium et le chlorure de méthyle.

La quinine de synthèse est absolument identique avec la quinine naturelle. De plus, en faisant agir sur la cupréine des dérivés des alcools autres que l'alcool méthylique et tels que l'alcool éthylique, par exemple, on obtiendrait de nouveaux corps, analogues à la quinine, dont les propriétés pourront être des plus intéressantes pour la thérapeutique.

On comprend l'intérêt de la découverte de MM. Grimaux et Arnaud, aujourd'hui que les écorces de quinquina deviennent rares, au Pérou et dans les régions où on cultive le quinquina.

De la vaccination antituberculeuse. — M. de Backer donne lecture d'un travail sur la vaccination antituberculeuse en général et sur le remède de Koch en particulier, et termine par les propositions suivantes:

1° Les vaccinations antituberculeuses *intensives* doivent être proscrites; elles donnent lieu à des réactions fébriles toujours dangereuses par le coup de fouet qu'elles impriment, et qui favorisent la dissémination des bacilles. C'est l'explication des insuccès du remède de Koch.

2° La vaccine antituberculeuse doit être employée à dose infinitésimale pour éviter la fièvre et la congestion intense des foyers tuberculeux, ce qui amène une nécrose trop rapide de tissus difficiles à éliminer.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 avril 1891

Présidence de M. le Dr Tarnier

M. Lereboullet lit un rapport sur les remèdes secrets.

M. le Dr Crimail (de Pontoise) présente une malade chez laquelle il a fait, pour la deuxième fois, avec succès l'opération césarienne.

De la dépopulation de la France. — M. Marjolin se demande si l'on doit remplacer le tour par le bureau secret. Il

Digitized by Google

rappelle l'historique du tour et montre qu'au moment il fut établi, il constitua un acte très moral. L'Eglise, les magistrats et le plus grand nombre des médecins réclament le tour. Les moralistes seuls croient qu'il constitue une excitation à la débauche. Mais le tour remonte à Constantin, c'est-à-dire à l'avènement du christianisme.

Dès 787, un prêtre, Ætus, fondu à Milan un hospice pour les enfants trouvés. Qui donc oserait dire qu'il commettait un acte immoral? La morale est une belle chose, mais il ne faut pas l'exagérer par des préceptes qui vont jusqu'à la cruauté! Le pape Innocent III augmenta l'hôpital des Enfants et y établit un tour où on pouvait déposer les enfants, même dans la journée. Défense expresse était faite de rechercher la mère.

On a dit que le tour faisait périr un grand nombre d'enfants. Or de 1827 à 1832, on n'a jamais trouvé un enfant mort dans le tour. Comment donc a-t-on pu l'accuser de conduire à l'infanticide? On s'est appuyé pour cela sur les recherches de Dubreuil, de Bordeaux, qui déclare que, de 1820 à 1837, 59 enfants ont été trouvés morts dans le tour de cette ville, mais on ne sait pas si ces enfants n'étaient pas le produit d'un avortement.

Certes, le tour est une triste ressource et il serait à souhaiter que les femmes pussent abandonner leur enfant en étant sûres du secret. Mais, en attendant la recherche de la paternité, l'exécution stricte de la loi Roussel, le secret de l'accouchement, il faut que des secours soient assurés à toute fille-mère ou aux mères pauvres. Avant que toutes ces mesures soient prises, il faut combattre les manœuvres abortives.

M. Marjolin a consulté 90 confrères. Tous lui ont répondu qu'ils avaient été sollicités par des femmes désirant se faire avorter et tous, sauf un, sont pour le rétablissement du tour. L'avortement est un crime inexcusable, tandis que l'infanticide est commis dans un moment de délire ou sous l'influence de la misère.

On dit qu'il faut obliger les filles-mères à accoucher dans un hôpital, d'où on les enverrait, au besoin, dans un asile de convalescentes. Mais que devient la mère à sa sortie et comment pourra-t-elle élever son enfant? Si on veut ramener au bien les filles-mères, il faut leur témoigner de la compassion. Or, les maternités de certaines villes de province sont dans un tel abandon que les accouchées sont soignées par les mêmes infirmières qui soignent les filles publiques et, dans quelques-unes de ces maternités, on trouve les filles séduites confondues avec les filles perdues.

Le tour est une institution triste, mais nécessaire pour protéger les jours des pauvres créatures et pour arracher des enfants à des parents indignes. L'enfant déposé à l'hôpital est-il perdu pour sa mère? Non, elle peut le reprendre. De 1869 à 1876, il y a eu 5,355 retraits. En 1874, sur 515 demandes de retrait, 155 ont été refusées pour cause d'indignité des parents.

Le tour ou le bureau ouvert ne peuvent être supprimés. M. Marjolin demande en outre la recherche de la paternité qui diminue le nombre des naissances illégitimes. Mieux vaut secourir des femmes malheureuses que d'avoir à les nourrir en prison.

M. Roussel ne peut pas admettre le rétablissement des tours. Le tour est incompatible avec les mesures préventives de l'abandon des enfants. Il accuse le tour d'être une machine barbare recevant indifféremment les enfants vivants et les enfants morts. En 1858, dans la Seine-Inférieure, sur 444 enfants mis dans le tour, 414 moururent dès les premiers jours et quelques-uns dès leur entrée. Pendant un demi-siècle, les statistiques ont été les mêmes. Il y a eu de 85 à 90 0/0 de décès.

Le tour n'a pas été institué en 1810. C'est une institution du moyen âge alors que les parents exposaient leurs enfants sur les places publiques ou les vendaient pour quelques sous. A cette époque les tours étaient un progrès. Mais il y eut bientôt des abus et les dépenses s'exagérèrent. Le vrai mérite du tour c'est le secret. C'est cette qualité qui le fait prôner. Mais son défaut c'est la mortalité énorme qu'il cause.

L'objectif des mesures nouvelles, c'est de protéger la vie de l'enfant et d'assurer le secret à la mère. On y arrivera par : 1° Les secours temporaires donnés aux mères pauvres; 2° Le bureau secret d'abandon; 3° Les maisons de maternité où les mères peuvent entrer avant d'accoucher. F. R.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Un effet lointain de la kochine. — L'incident Lewin-Besnier. — 1870 et 1891. — L'humanité allemande et le patriotisme français.

En ce moment, il y a, sur les bords de la Sprée, un homme fort mécontent des échecs de la kochine et de la sincérité des expérimentateurs français à en démontrer les dangers. Cet homme n'est point M. Koch, dont la mauvaise humeur, somme toute, s'expliquerait. Non : c'est M. Lewin.

M. Lewin, qui professe extraordinairement, à la Faculté de Berlin ces maladies, dont généralement on ne parle point devant les jeunes filles, a cependant la pudeur facile.

Il s'est donc mis en émotion à la lecture du rapport consciencieux de M. E. Besnier, exposant, au nom de ses collègues de l'hôpital Saint-Louis, les désastreux essais de la méthode de Koch appliquée au traitement de la tuberculose (1). On se rappelle les nobles paroles par lesquelles M. E. Besnier termine son rapport, et auxquelles tous les médecins soucieux de l'honneur professionnel ont applaudi :

« Aujourd'hui, écrivait M. Besnier, ma conviction » est établie, je ne crois plus que le médecin soit autorisé à inoculer à l'homme les extraits des toxines de » la tuberculose, et je ne pratiquerai plus d'inoculations. » En agissant ainsi je crois *simplement me conformer aux* » *traditions d'humanité et de respect de la vie humaine* » *qui sont une des gloires les plus pures de la médecine* » *française*. »

Cette phrase a éveillé les susceptibilités de M. Lewin.

La plume à la main, — ce n'est point, soyez sans crainte, une plume de Tolede — il a, en forme de lettre ouverte, adressé ses doléances à la *Berliner Klinische Wochenschrift* du 6 avril dernier. Cet organe est, on le sait, l'un des plus importants dans la presse médicale allemande.

En d'autres temps le fait serait de médiocre importance. Huit mois après le Congrès international de médecine de Berlin et la présence officielle d'une délégation française à cette réunion, il offre, ce semble quelque intérêt.

M. Besnier a écrit dans son rapport que le respect de la vie humaine est une gloire de la médecine française. C'est le sentiment universel de nos compatriotes. Nous aussi, nous l'avons exprimé dans ce journal, en protes-

(1) Voir : *Revue générale de clinique et de thérapeutique*; 1891, p. 402.

Digitized by Google

tant, les premiers, contre un engouement funeste, un remède secret et des mœurs scientifiques qui consistent à transformer les salles d'hôpital en salles de laboratoire et les malades « en cobayes à expérience. »

D'après M. Lewin, nous autres Français, nous n'avons point le droit de revendiquer cettre tradition. Tout beau! Ce magister berlinois en syphiligraphie nous le défend! On en conviendra, — à défaut de logique, — son argumentation ne manque pas d'un certain charme.

« Ni le passé ni le présent, a-t-il écrit, ne vous y autorisait. Les médecins allemands manqueraient-ils à l'humanité et au respect de la vie humaine dans le traitement des malades et des blessés ?... Serait-ce vis-à-vis des blessés d'une nation à laquelle nous avions à faire la guerre au couteau (*Kampf bis aufs Messer*)? vis-à-vis des blessés français? Les remerciements et la reconnaissance de vos compatriotes traités par des chirurgiens allemands sont un témoignage que vous ne sauriez récuser... »

M. Lewin fait un crime aux Français de n'avoir point découvert le chloroforme, inauguré les premiers le traitement humain des aliénés (?), ni inventé le chloral? On ne peut tout faire, cependant! Il est vrai qu'il aurait pu encore nous reprocher de ne point posséder Jenner au nombre de nos illustres compatriotes... En si bonne voie, on ne s'arrête point. M. Lewin en profite donc pour accuser la nation et les médecins français de crimes de lèse-humanité.

« La Convention de Genève pour les soins à donner aux blessés sur les champs de bataille, n'a pas été créée par un Français, mais par un Belge, Durant. C'est une princesse allemande, l'impératrice Augusta, qui s'est élevé à elle-même un monument impérissable par la concentration des diverses sociétés de la Croix-Rouge, etc... A côté de ces hauts témoignages, il y a malheureusement ce fait regrettable : que les Français ont souvent ignoré, trop souvent même violé la Convention de Genève durant la guerre franco-allemande. »

In cauda venenum. En 1888, M. Lewin a été l'hôte de savants français, il l'avoue dans sa lettre. La *Berliner Klinische Wochenschrift* a l'expérience de l'histoire contemporaine; nous espérons donc que celle ci-par amour de la vérité, et celui-là par la reconnaissance que l'on doit à ses hôtes, achèveront leur démonstration.

Je suis de l'avis de mon cher confrère Lereboullet : il sera édifiant de lire, écrite par une plume prussienne, l'énumération des hôpitaux que les Français ont bombardés, des bibliothèques qu'ils ont pillées ou détruites, et des infirmiers qu'ils ont fusillés. M. Lewin pourra y ajouter la liste des médecins qu'ils ont emprisonnés et même, le mot a été écrit par un neutre, que l'on a soumis à cette opération qui n'est ni de loyale guerre ni de bonne chirurgie : l'assassinat.

Il fera ainsi, peut-être, la lumière sur le mystère des fusillades de la Rampe de Joigny, sur les violations de la Convention de Genève à Metz, à Strasbourg, aux avant-postes de Champigny, à l'armée de la Loire, à celle de l'Est et ailleurs, sur les tribulations, comiques en d'autres circonstances, des ambulances de la Croix-Rouge française dans leur rapport avec les états-majors allemands, etc., etc.

L'énumération serait fort longue, et cette enquête encombrerait pendant longtemps les colonnes de la *Berliner Klinische Wochenschrift*. Au besoin, nous pourrons d'ailleurs venir en aide à M. Lewin et à ce journal, si la mémoire leur faisait défaut. Nous pourrions, comme notre confrère M. Lereboullet, citer des faits précis, « démontrant jusqu'à l'évidence que des mesures violentes, inutiles et contraires aux sentiments d'humanité qui avaient prédominé dans d'autres guerres, ont été ordonnées par l'état-major de l'armée allemande... »

Tel, entre autres exemples, l'assassinat du Dr de Baudre, sur la route de Mézières à Sedan, en dehors de la zone des hostilités; tel le meurtre du Dr Morin et le pillage de son ambulance, au mépris de la Croix Rouge et de la Convention de Genève :

Le 25 novembre, à une heure de l'après-midi, avec un conducteur français, le Dr de Baudre est envoyé de Sedan à Mézières, pour une affaire relative au service des ambulances. Il obtient un sauf-conduit du commandant des étapes à Sedan et une voiture de réquisition. Muni de ses pièces, revêtu d'un brassard, possédant une carte de parcours, M. le Dr de Baudre se met en route (1).

A Villers, le poste prussien lui enjoint de ne pas avancer. Il déclare être en règle, et on le laisse poursuivre sa route jusqu'à la Francheville, où le commandant du poste lui défend de passer.

M. de Baudre retourne sur ses pas à la recherche de sa voiture. Dans ce trajet, une sentinelle, *sans avertir*, sans crier d'arrêter, tire sur lui, mais ne le touche pas. Il se retourne, montre son brassard; au même instant, il reçoit une balle en pleine poitrine par un officier qui, voyant le coup manqué, prit un fusil et, à dix mètres, tira sur le malheureux. Le lendemain, le Dr de Baudre expirait.

Ce témoignage venant d'un français serait sans doute suspect à M. Lewin et à ses compatriotes? Ils le suspecteront moins, je pense, puisqu'il vient du Dr Becour, chirurgien des ambulances, membre de la Société des sauveteurs belges, qui, sur la tombe de la victime du guet-apens, prononçait, entre autres paroles, celles-ci : « Quel que soit le meurtrier, il portera la peine d'un crime de lèse-humanité..... Assassin, ajoutait courageusement notre confrère belge, ta balle a frappé un neutre! »

Autres meurtres.

Dans la nuit du 21 au 22 janvier 1871, l'ambulance de la 3e légion des mobilisés de Saône-et-Loire était établie au centre du village d'Hauteville et son personnel, médecins et infirmiers, occupé au pansement des blessés. Un détachement de troupes prussiennes se présente et envahit la maison. Sans égard pour le *brassard de l'ambulance internationale dont tous, médecins et infirmiers français*, étaient porteurs, les soldats allemands frappent M. le médecin major Morin de deux coups de crosse de fusil à la tête, un officier lui tire un coup de revolver, et on l'achève à coups de baionnette. M. Milliat, interne des hôpitaux de Lyon, son aide-major, est également assassiné et les infirmiers, de Champigny, d'Héret, Fleury, Legros et Morin, assaillis à coups de crosse de revolver, ne doivent leur salut qu'à l'idée qu'ils ont eue de faire les morts (2).

Après le meurtre, le pillage; rien ne manqua.

Le Dr Morin, ajoute le rapport officiel, — « fut dépouillé et son cadavre jeté devant la porte. Le matériel de l'ambulance fut enlevé. »

(1) Voir : *Revue médicale de Toulouse*, 20 février 1871, et *Gazette hebdomadaire*, 10 mars 1871.

(2) Rapport de M. Fornel, lieutenant-colonel commandant la 3e légion de mobilisés de Saône-et-Loire.

Digitized by Google

Pour aujourd'hui, cela suffit. Une autre fois, si besoin est, nous pourrions fournir à nos ennemis d'hier d'autres arguments. De la sorte, il leur sera fort aisé de prouver comment les Français comprennent la convention de Genève et comment l'état-major allemand, — je dis cet état-major, et non point son corps de santé militaire, ce qui est différent, — l'ont interprêtée.

Après les tristes épisodes de la guerre d'hier, on espérait moins de sauvagerie dans la guerre de demain. C'est une illusion qu'il faut perdre quand on lit les écrits du genre de celui du professeur berlinois. A bon entendeur, salut! Il est d'usage de répéter que la science n'a point de patrie; remercions M. Lewin et sa complice, la *Berliner Klinische Wochenschrift*, d'avoir prouvé sans le vouloir, démonstration très superflue, que les médecins français en ont une.

CH. ELOY.

LES JOURNAUX DE LA SEMAINE

En reproduisant, sous cette rubrique, des extraits de la presse médicale, le **Journal des Praticiens** *a pour but de renseigner impartialement ses lecteurs. Il réserve donc formellement la liberté de ses appréciations et l'indépendance de sa critique.* N. de la R.

La phtisithérapie et les laissés pour compte de la matière médicale. — Extrait de la *Province médicale* du 18 avril courant:

Après le lamentable échec de la méthode de Koch, alors que la drogue de Leibreich, à peine expérimentée, est déjà repoussée par la plupart des médecins, il y avait une belle place à prendre comme guérisseur de la phtisie. Avec sa sagacité habituelle, M. G. Sée l'a compris, et, à la dernière séance de l'Académie, il a commenté l'importante découverte consignée par lui, en août 1890, dans un pli cacheté

La nouvelle panacée consiste dans l'emploi de fumigations d'eucalyptol créosoté administrées sous pression. Le système est essentiellement pratique, car il nécessite simplement la construction d'une chambre à air comprimé où le malade n'a à passer que six heures par jour.

Vous serez convaincus de l'excellence de la méthode, quand vous apprendrez que l'expérience de M. G. Sée porte sur le chiffre considérable de douze phtisiques observés pendant la durée énorme de trois à huit mois, et que sur ces douze malades il y a dix améliorations et deux aggravations.

Rendons grâce à M. G. Sée qui, dans la circonstance, parait avoir merveilleusement sû tirer partie des «laissés pour compte» de quelques autres maisons. A M. Roussel il prend l'eucalyptol, bien oublié: il pourra utiliser les baraques à acide fluorhydrique de M. Garcin, depuis longtemps reléguées au débarras, bien encombré, de l'art thérapeutique; enfin il mettra en rapport ce qui reste des clients de Koch, inexploités depuis quelques mois.

INFORMATIONS

PARIS

Académie des sciences. — Les *commissions de prix pour les concours de* 1891 sont ainsi composées :

Prix Lallemand : MM. Charcot, Sappey, Ranvier, Brown-Séquard, Bouchard, Marey et A. Milne-Edwards.

Prix Chaussier : MM. Bouchard, Charcot, Verneuil, Brown-Séquard, Larrey, Marey et Richet.

Prix Bellion : MM. Bouchard, Charcot, Verneuil, Brown-Séquard, Marey, Larrey et Richet.

Prix Mège : MM. Bouchard, Charcot, Marey, Verneuil, Brown-Séquard, Richet et Larrey.

Prix Montyon (physiologie expérimentale) : MM. Marey, Brown-Séquard, Bouchard, Charcot, Ranvier, Verneuil et Chauveau

Prix L. La Caze (physiologie) : MM Ranvier, Chauveau, Larrey, Sappey et Milne-Edwards.

ÉTRANGER

ETATS-UNIS. — **L'enseignement médical à la nouvelle Université de l'Ohio.** — L'enseignement comprend la médecine, la chirurgie, la pharmacie et la dentistrie. L'originalité de cet enseignement consistera en ce qu'il sera donné par des répétiteurs dans des classes, non pas sous forme de leçons magistrales, en d'interrogations quotidiennes. La durée des études est de trois années scolaires de neuf mois chacune. Cette Université ouvrira en octobre prochain.

Le deuxième congrès des médecins et des chirurgiens américains. — Ce congrès se réunira à Washington du 22 au 25 septembre, sous la présidence de M. Weir Mittchell. Cette réunion est une sorte de fédération de sociétés médicales américaines. Son organisation est donc telle que chaque Société, tout en y prenant part, conserve son individualité.

On annonce que les sujets suivants y seront à l'ordre du jour : Des conditions dans lesquelles l'infection des plaies se produit et de leur désinfection ; des rapports des bacteries avec la suppuration; de la résistance des tissus à la multiplication des bactéries; des effets exercés par les agents antiseptiques sur les plaies; des manifestations tardives de la syphilis; étiologie et pathologie des processus fibroïdes (inflammations chroniques intertitielles, scléroses).

RUSSIE. — **La lumière électrique en chirurgie.** — Depuis le 4 mars les cliniques de Moscou sont éclairées à la lumière électrique au moyen de lampes de dix à soixante-dix bougies d'intensité. Les salles d'opération sont munies chacune de trois lampes de cent bougies.

NOUVELLES MILITAIRES

FRANCE

La tuberculose dans l'armée — Une circulaire ministérielle prescrit de soumettre les jeunes gens, se déclarant faibles de constitution, à un examen attentif des organes respiratoires au moment du conseil de revision. Au besoin, on procédera à une contre-visite à l'hôpital du chef-lieu, de façon à permettre des ajournements bien motivés et à éviter le nombre des non-valeurs, ce que ne permet pas toujours la rapidité nécessaire des opérations dans les conseils de revision.

Nominations dans le corps de santé des colonies. — *Au grade de médecin de 1re classe* : MM. Roques, Descous, Porée, Canolle et Drevon, médecins de 1re classe de la marine.

Au grade de médecin de 2e classe : MM. Le Blot, Cardeillac et Mirande, médecins auxiliaires de 2e classe de la marine.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs Ernest Brémont (de Paris), Tardiveau, de Legé (Vendée), décédé à Nantes; Sabourin (d'Angles-sur-Anglin), Voisard (de Vesoul), De Saint-Arroman et Garcin (de Paris), Bernac père (de Cadoujac) et Godric (de Cezac).

En Russie : M. le Dr Wassiljew, privatdocent à l'Académie de médecine militaire de Saint-Pétersbourg.

Le Directeur-gérant : HENRI HUCHARD.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE N° 17 29 AVRIL 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, BÉCLÈRE, BROCQ, DEMELIN, DU CASTEL, GINGEOT, Charles MAURIAC, PICQUÉ, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

Avis à nos actionnaires. — Conformément aux décisions de l'Assemblée générale de la Société de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* du 14 avril 1891, MM. les actionnaires sont invités à faire présenter leurs titres au siège social, 66, rue de Ponthieu, du 1er au 5 mai prochain, de 2 *heures à 4 heures* et à y faire toucher :

1° L'intérêt ;

2° Le dividende de l'exercice 1890, sous déduction des impôts.

THERAPEUTIQUE MÉDICALE

Sur le traitement général de la furonculose

Par M. le Dr GINGEOT

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine

La *Revue de thérapeutique générale et thermale*, n° du 26 février 1891, publie un article où je crois utile de relever quelques propositions.

Résumant le traitement général de la furonculose, l'auteur préconise avec raison, d'une part les modificateurs constitutionnels, d'autre part les agents parasiticides, c'est à-dire l'eau de goudron et les sulfureux (il aurait pu ajouter l'hyposulfite de soude). Mais pourquoi intervertir l'importance des deux ordres de moyens.

Certes, je suis le premier à soutenir que dans les cas, moins nombreux qu'on ne le suppose, où l'on peut découvrir exactement l'état général d'où procède la disposition aux clous, il faut s'efforcer, en agissant sur cet état, de supprimer les réactions cutanées anormales dont l'apparition favorise, à l'intérieur des glandes, le développement des germes morbides. Je maintiens néanmoins : — 1° que cela ne suffit pas toujours ; — 2° que la médication directement parasiticide peut être le complément nécessaire des modificateurs constitutionnels ; — 3° qu'on réussit d'ordinaire sans avoir besoin du secours de ces derniers.

A. *Le traitement général ne suffit pas toujours.* — Comme type des états morbides généraux dont il s'agit on doit sans doute citer le diabète. Or, n'a-t-on pas vu bien des fois des diabétiques demeurer furonculeux en dépit des efforts déployés contre la glycosurie et contre les troubles nutritifs qui la produisent? Et s'il en est de la sorte avec le diabète, affection incontestablement favorable au développement des clous, que sera-ce avec des états pathologiques moins sûrement furonculogènes? La vérité est que, bien loin d'être utile aux furonculeux en leur prescrivant de l'arsenic sous prétexte de dartre, ou des alcalins sous prétexte d'arthritis, on risque fréquemment d'aggraver ainsi leur mal ; j'ai, pour mon compte, cité des faits de ce genre, et l'on sait que Bazin lui-même, n'hésitait pas à ranger parmi les facteurs de la furonculose l'abus (*sic*) des préparations arsenicales ou alcalines.

B. *La médication directement parasiticide peut être le complément nécessaire des modificateurs constitutionnels.* — Sydney Ringer qui, le premier, préconisa l'emploi interne des sulfureux contre la furonculose, regardait ceux-ci comme impuissants contre les clous des diabétiques. J'ai montré qu'il avait, en cette occasion, fait preuve d'une défiance exagérée, peu commune chez les novateurs à l'endroit de leurs inventions ; et je pourrais reproduire ici l'observation d'un diabétique dont les furoncles incessants, après avoir tenu tête au traitement classique du diabète, s'interrompirent quand fut entrée en scène la médication sulfurée.

C. *On réussit d'ordinaire avec les sulfureux sans avoir besoin du secours des modificateurs constitutionnels.* — Tous les jours l'expérience en donne la démonstration, mais l'analogie permettait de le prévoir. Est-ce que, chez les galeux, la médication parasiticide, employée seule, ne suffit pas habituellement à supprimer le mal ? Je sais que, chez quelques porteurs d'acares, les parasiticides ont besoin d'être soutenus par des adjuvants internes ; il n'en demeure pas moins positif que la « frotte » est l'agent curatif par excellence, qu'en général on ne peut s'en passer quoi qu'on fasse d'ailleurs, et que la plupart des sujets guéris n'ont pas eu besoin d'autres remèdes. Ce qui est vrai pour la gale est également vrai pour la furonculose, affection non moins essentiellement parasitaire que la gale.

« Nous ne saurions », écrit l'auteur à qui je réponds, « souscrire à une opinion qui prétend guérir tous les furoncles par une préparation sulfureuse, car il n'est pas rare d'observer l'apparition de furoncles consécutifs à un ou plusieurs bains sulfureux chez certains sujets. De plus la préférence pour une eau artificielle n'est guère justifiable. »

Que les bains sulfureux puissent provoquer l'apparition des clous, cela n'est nullement établi : défions-nous,

Digitized by Google

ici comme ailleurs, du *post hoc, ergo propter hoc*. Un seul fait est certain pour le moment, à savoir, que des furoncles ont pu survenir chez des individus prenant des bains sulfureux. Il n'y a vraiment pas à s'en étonner, car l'enduit sébacé de la peau gêne singulièrement l'imprégnation de l'épiderme par l'eau du bain, et met radicalement obstacle à l'entrée de cette eau dans l'orifice des follicules tégumentaires. Aussi bien la balnéation sulfureuse ne saurait-elle être, en la circonstance, qu'un accessoire à peine utile.

Tout autre est l'incessant passage d'un courant sulfureux au travers de la peau, ainsi qu'on l'obtient par l'emploi interne des sulfures à dose élevée. Grâce à l'élimination cutanée, les glandes sont rendues alors absolument inhabitables pour les germes pathogènes et la pullulation de ceux-ci prend nécessairement fin. Qu'on me montre un patient jusqu'alors indemne de clous, devenant furonculeux au cours d'une médication sulfureuse, non pas d'énergie moyenne, mais *intensive*, comme on dit aujourd'hui, et je me reconnaîtrai en présence d'une difficulté sérieuse, difficulté que l'argument tiré des bains ne saurait soulever à un degré quelconque.

J'ai parlé d'une médication intensive. En effet, je possède moi-même l'observation d'un homme atteint de catarrhe chronique des bronches, qui, après avoir pris quelques verres d'eau de Cauterets, fut envahi par une furonculose violente, et ne voulut point continuer le traitement. A supposer qu'il y ait eu là autre chose qu'une simple coincidence, faut-il croire que l'excitation produite par l'usage des eaux aura exalté, dans ce cas, des réactions cutanées jusqu'alors à l'état d'ébauche et trop peu accusées pour permettre l'explosion du mal? Ceux à qui plairait cette hypothèse pourront la défendre. Une seule chose m'importe: la faible quantité des sulfures absorbée par le malade. J'ai déjà dit à satiété, j'y insiste encore aujourd'hui, que les sulfures pris à l'intérieur n'ont d'action antifuronculeuse qu'autant qu'ils sont assez abondants pour échapper en partie à l'oxydation. Si la transformation en sulfates porte sur l'intégralité des sulfures ingérés, l'action parasiticide est nécessairement nulle, et c'est ce qui arrive chez les malades qui croient faire assez en buvant, dans les vingt-quatre heures, un ou deux verres d'une eau faiblement sulfurée. De tels sujets peuvent avoir des clous non moins facilement que s'ils ne prenaient rien. Mais qu'une portion des sulfures soit éliminée sans altération, en imprégnant la peau de dedans en dehors, et les follicules perdront du même coup l'aptitude à devenir éventuellement des nids à microbes.

Quant à ma préférence pour une eau artificielle, j'y pourrai renoncer, au moins dans certains cas, le jour où l'on aura démontré qu'une eau sulfureuse naturelle, prise en assez grande quantité pour que la peau élimine des sulfures (et non pas seulement des sulfates), n'apporte pas plus de fatigue aux organes digestifs qu'une eau artificielle dont le titrage relativement élevé permet de n'ingérer qu'un volume restreint de liquide. En attendant cette preuve, je continue à recommander les eaux artificielles, sans m'attacher outre mesure à celle de Pouillet, et en conseillant à ceux qui la choisiront de veiller à la fraîcheur de la poudre: certains échecs paraissent effectivement n'avoir d'autre cause que l'ancienneté trop grande et, par suite, la mauvaise qualité du produit.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

I. *Fréquence des douleurs symphysiennes pendant la grossesse et les suites de couches* — II. *De l'abaissement prophylactique d'un pied dans les présentations du siège décompleté (mode des fesses).* — III. *Ergot de seigle et hémorrhagies de la délivrance.* — IV. *Recherche par la palpation de la surface d'insertion placentaire après l'accouchement*

I. **Fréquence des douleurs symphysiennes pendant la grossesse et les suites de couches.** — La maladie désignée sous le nom de relâchement des symphyses est bien connue, et le chevauchement des deux pubis l'un sur l'autre est aisé à reconnaître grâce aux procédés d'exploration actuellement en usage, et en particulier à celui de M. Budin. Il est un fait clinique facile à constater: c'est que certaines femmes grosses ont une mobilité des symphyses assez considérable sans grande douleur, tandis que d'autres se plaignent vivement de sensations pénibles, bien qu'elles n'offrent à l'observation qu'un très léger degré de chevauchement des pubis.

Très fréquemment, et c'est sur cette fréquence qu'il me paraît utile d'insister, des femmes qui ont eu jusqu'alors une grossesse exempte de tout incident, ressentent dans les derniers temps des douleurs dans le bas-ventre, dont elles désignent assez mal le point de départ. En revanche, elles disent très bien que ces douleurs ne ressemblent en rien à celles de l'accouchement; qu'elles apparaissent seulement dans la station debout et pendant la marche, et qu'elles cessent par le repos horizontal ou la station assise; qu'elles ressemblent à une sorte d'écartement des os, de déchirement, de brûlure toute spéciale; qu'elles siègent surtout à l'hypogastre, s'irradiant quelquefois dans les reins et les cuisses. Si l'accoucheur pratique l'examen obstétrical, il ne rencontre rien d'anormal du côté du col utérin ou des parties voisines; mais s'il vient à appuyer même légèrement, avec la pulpe de l'index, sur la face antérieure et surtout sur la face postérieure de la symphyse pubienne, il détermine aussitôt une sensation très vive qui arrache un cri à la patiente; et, bien souvent, avec cette douleur si accentuée, il ne rencontre que fort peu de mobilité des pubis.

D'autres fois, la grossesse a évolué le plus simplement possible, l'accouchement a été normal et les suites de couches complètement apyrétiques. Au bout de vingt à vingt-cinq jours, la femme se lève; marchant peu

Digitized by Google

d'abord, elle ne prête guère attention qu'à la faiblesse passagère qu'elle éprouve alors; mais bientôt, dès qu'elle reprend son existence ordinaire et son activité habituelle, elle ressent des douleurs tout à fait comparables à ce qui a été décrit plus haut. Elle s'inquiète, consulte, et si le médecin n'est pas prévenu, il pense à de la métrite, de l'inflammation des annexes, etc., et il institue un traitement qui ne guérit pas le mal et qui peut devenir nuisible. L'examen direct de la symphyse pubienne fait faire immédiatement le diagnostic. Quel est le traitement? Pendant la grossesse, les bains généraux et surtout le repos horizontal seront conseillés.

Après l'accouchement, si la femme a de la peine à marcher, elle devra porter, dans les cas les plus graves, la ceinture de Martin ; mais, bien souvent, on pourra se contenter d'une compression moins parfaite, exercée à l'aide d'une ceinture de gymnastique ordinaire, rembourrée d'ouate pour ne pas blesser la peau, et appliquée entre les crêtes iliaques et les trochanters. Les femmes conserveront cette ceinture toute la journée, elles pourront marcher sans douleur et sans fatigue, et, le soir venu, elles enlèveront leur ceinture. Le traitement sera continué plus ou moins longtemps, souvent un ou deux mois ; il sera complété par des bains généraux, simples ou sulfureux.

II. **De l'abaissement prophylactique d'un pied dans les cas de présentation du siège décomplété (mode des fesses).** — Avec une telle présentation, la règle est que *lorsque* la version par manœuvres externes n'a pas pu être faite, on introduise un ou plusieurs doigts à travers le col plus ou moins dilaté et qu'on abaisse un pied. Il faut, pour faire cette manœuvre, que les membranes soient rompues et que le siège ne soit pas engagé dans l'excavation. Cet abaissement prophylactique n'est pas toujours possible, même quand le siège est élevé au-dessus du détroit supérieur. Témoin le fait suivant que j'ai pu observer à la Clinique de la rue d'Assas :

Présentation du siège décomplété, mode des fesses, membranes rompues, col incomplètement dilaté, siège au-dessus du détroit supérieur. J'introduis la main dans le vagin et trois doigts dans le col pour abaisser le pied antérieur; j'arrive aisément sur la cuisse, j'essaie de la porter sur l'abduction et la flexion [illegible]cée ; ce mouvement s'exécute en partie, mais sans résultat pour l'abaissement du pied. Je tente d'introduire mes doigts plus haut et je trouve qu'il existe, assez loin de l'orifice externe, à une distance égale à la longueur de la cuisse fœtale, une saillie linéaire transversale, située dans l'épaisseur de la paroi utérine et à la partie la plus élevée du segment inférieur; c'est l'anneau de Bandl qui est rétracté sur le fœtus, par le fait d'un accouchement déjà prolongé, dont le premier phénomène a été la rupture prématurée des membranes. Cet anneau de contraction s'applique sur le jarret du fœtus; il empêche mes doigts de passer au-dessus de lui et le pied du fœtus de descendre au-dessous. Il n'est pas seulement contracté, il est surtout rétracté parce que l'œuf est vide de liquide amniotique depuis longtemps. Il m'a fallu terminer l'accouchement par l'application d'un lac sur l'aine antérieur.

Il n'est donc pas toujours possible de se réserver un point d'appui solide dans les cas de siège décomplété mode des fesses, en abaissant un pied quand la partie fœtale est au détroit supérieur ; on sera parfois obligé, comme dans le fait précédent, d'accepter une situation difficile, et de se contenter du lac dans les positions antérieures, et du forceps dans les positions postérieures, comme lorsque le siège est descendu profondément dans l'excavation. Il va sans dire que l'intervention est d'autant plus pénible que le siège est plus élevé.

III. **Ergot de seigle et hémorrhagie de la délivrance.** — Il ne faut jamais employer d'ergot de seigle tant qu'il reste quelque chose dans l'utérus. Telle est la conduite à tenir indiquée par le professeur Pajot. Notre aimable confrère Mme Sarrante a été plus loin. Au congrès de Limoges, elle a banni complètement l'ergot de seigle de la thérapeutique obstétricale. Il reste toujours quelque chose dans l'utérus, dit Mme Sarrante : Ce sont des caillots qui, enfermés par l'ergot dans la cavité de l'organe, vont se putréfier et donner naissance à des accidents septiques immédiats ou éloignés. Du reste, ajoute l'auteur, l'ergot est souvent impuissant, et l'accoucheur a d'autres moyens à sa disposition.

Cette opinion, si judicieuse qu'elle soit, est peut-être un peu sévère. Et d'abord, il est inexact de dire qu'il reste toujours quelque chose dans l'utérus après la délivrance. Quand on a l'occasion de faire l'autopsie d'une femme morte peu après l'accouchement, la règle très générale est que l'on ne trouve aucune trace de caillots dans la cavité utérine. En resterait-il, comme cela s'observe en clinique où l'on voit parfois des femmes expulser au bout de deux ou trois jours des caillots plus ou moins altérés, que ce serait encore une objection d'importance relative.

Dans les conditions normales, la cavité utérine est absolument aseptique, et si l'on prend les précautions nécessaires, on peut éviter que cette cavité ne s'infecte, même si elle contient encore quelques caillots. Ceux-ci, du reste, partent facilement, soit spontanément, soit après une injection intra-utérine, qui sera toujours possible si l'on n'a pas employé une dose trop forte d'ergot. Enfin, il est des cas extrêmement graves où les procédés d'ordinaire les plus efficaces ne réussissent pas et où l'on est autorisé à tout pour sauver la femme d'une mort imminente.

L'indication, en cas d'hémorrhagie de la délivrance, est de *faire revenir l'utérus sur lui-même et de le maintenir rétracté*; or, si, par exception, l'introduction répétée de la main dans l'utérus (excitation mécanique du muscle), les injections à 48 degrés (excitation physique) ne peuvent amener que des contractions courtes et insuffisantes de la fibre utérine, si la compression de l'aorte, voire la compression des deux parois utérines l'une contre l'autre, sont incapables d'arrêter l'hémorrhagie, parce que le sang a perdu ses qualités normales comme chez les albuminuriques, si la coagulabilité est considérablement diminuée, on sera bien aise d'avoir sous la main un moyen médiocre peut-être, mais qui pourra parfois être d'un grand secours. Cependant, il

Digitized by Google

faut encore distinguer : la poudre d'ergot est trop longue à agir, l'extrait aqueux souvent infidèle; l'ergotinine seule est la préparation sur laquelle on doive compter. On l'emploiera en injections sous-cutanées, à la dose de dix à trente gouttes, ce dernier chiffre devant être considéré comme un maximum qu'il ne faut pas dépasser.

En résumé, en présence d'une hémorrhagie grave de la délivrance, il faut avant tout vider l'utérus, y introduire la main plusieurs fois, faire des injections chaudes répétées, comprimer l'aorte, comprimer l'utérus ; et si, malgré tout, il persiste un suintement que rien n'a pu arrêter, on devra employer l'ergotinine à la dose indiquée. Tout ceci sans préjudice des nombreux moyens destinés à ranimer et à remonter la patiente.

IV. **Recherche, par la palpation, de la surface d'insertion placentaire après l'accouchement.** — Immédiatement après la délivrance, l'utérus se présente comme une masse globuleuse plus ou moins régulièrement sphérique. A la palpation, facile à pratiquer à ce moment, on sent que cette masse hypogastrique est généralement convexe ; en examinant avec plus d'attention on rencontre, le plus souvent vers le fond ou au voisinage d'une corne de l'organe, une région qui, au lieu d'être convexe comme le reste de l'utérus, est plane ou même concave; cette zone de la paroi est large comme une petite paume de main ; et la légère dépression qu'elle forme s'efface et disparaît quand l'organe se contracte. On peut se convaincre que c'est là le lieu correspondant à l'insertion du placenta, soit si on a eu l'occasion de faire la délivrance artificielle, soit si on examine le délivre au point de vue de la longueur des membranes depuis les bords du placenta jusqu'à ceux de l'orifice par lequel le fœtus est sorti de l'œuf.

La recherche de cette surface d'insertion placentaire par la palpation de l'utérus n'est pas sans intérêt. On sait que l'inertie utérine est surtout possible en ce point qui, d'ailleurs, est la source principale des hémorrhagies, Or, cette inertie peut se limiter là précisément, un suintement sanguin, léger d'abord, se fait dans la cavité utérine ; l'organe augmente bien de volume, mais à ce moment son ampliation est assez peu marquée pour pouvoir encore passer inaperçue, d'autant plus que le globe utérin conserve pendant quelques instants une résistance trompeuse. Si à cette période presque prémonitoire de l'hémorrhagie, on recherche par la palpation la zone répondant à l'insertion placentaire, on la rencontre facilement, et on la trouve flasque, inerte ; si on exerce sur elle une pression légère et limitée, on fait sortir du sang liquide par la vulve.

La palpation de l'utérus pratiquée à ce moment peut donc permettre de surprendre l'hémorrhagie à son début, c'est à-dire à un moment où le globe utérin, ayant encore conservé une certaine dureté, on peut croire que du sang s'échappant par la vulve provient d'une déchirure du col.

La friction, recommandée depuis si longtemps pour faire contracter l'utérus, devrait sans doute être bornée à la zone d'insertion placentaire. Si cette région se contracte bien, les orifices vasculaires, tout à l'heure béants, se ferment hermétiquement, et l'hémostase s'établit.

Dr Demelin.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

CHIRURGIE

Traitement des épanchements intra-articulaires du genou par la ponction, par M. E. Owen. — On emploie tantôt le trocart, tantôt l'aspirateur, mais avec la précaution de rendre ces instruments aseptiques. De plus, chaque fois que l'écoulement du liquide diminue, il faut, dans le but de maintenir l'asepsie, fermer la canule avec le doigt et prévenir l'introduction de l'air dans l'article (*Practitionner*, février 1891, p. 81).

Le lieu d'élection de la ponction sera l'un des côtés de la rotule. Au moment de l'introduction de la canule, il convient d'en oblitérer l'orifice par une pression assez forte exercée avec le doigt. On panse, en recouvrant la plaie cutanée avec un tampon de lint, maintenu par du collodion. Puis on recouvre le genou et les régions avoisinantes par des bandes de diachylon et de flanelle. Le membre est fixé dans l'extension. La compression est nécessaire pour prévenir la reproduction du liquide. S. R.

De la vieillesse comme facteur pathogénique en chirurgie, par M. N. F. Graham. — A propos de huit vieillards qui ont été les sujets d'opérations, l'auteur conclut que la vieillesse n'est point une contre-indication aux interventions opératoires (*Med. News*, 7 février 1891).

Il faut tenir compte de la santé générale de l'opéré et de ses tendances héréditaires plutôt que de l'âge avancé du malade, surtout quand l'intervention chirurgicale doit prolonger la vie ou atténuer la douleur. D'ailleurs, les vieillards tolèrent mieux la douleur que les jeunes gens, et chez eux, le choc opératoire est moins redoutable. Leur tolérance pour les grandes opérations et pour certaines tumeurs telles que les néoplasmes est aussi fort grande. Par contre, la guérison des blessures accidentelles est, à cet âge, moins rapide que dans la jeunesse. S. R.

GYNÉCOLOGIE

Traitement opératoire de l'incontinence d'urine chez la femme, par M. Duret. — Deux fois, ce chirurgien a employé le procédé suivant imité de celui de Pawlik, et qui consiste à transformer l'urèthre en une fente transversale, à en modifier l'axe et à diriger cette fente vers le pubis (*Annales des mal. des organes genito-urinaux*, mars 1891).

Voici les temps de l'opération pratiquée par M. Duret: incision circulaire circonscrivant le canal de l'urèthre, puis, deuxième incision à un centimètre environ en dehors de la première; résection de la zone de muqueuse ainsi limitée et rapprochement de la muqueuse auprès du pubis au moyen d'un fil de catgut. On obtient ainsi une fente transversale située sous le clitoris, et l'allongement de la paroi postérieure de l'urèthre qui décrit une courbure à concavité supérieure. La bande cicatricielle remplace sans doute le sphincter et s'oppose à l'élimination des urines. S. R.

Des hémorrhagies de l'ovaire, par M. H. Guibert. — Dans un mémoire intéressant, l'auteur, interne distingué des hôpitaux de Montpellier, a voulu démontrer l'importance de cet accident au point de vue de la thérapeutique. L'intention était excellente et les conclusions sont judicieuses (*Gaz. Hebd. des sciences med. de Montpellier*, 21 et 28 mars 1891).

Il démontre que ces hémorrhagies sont rarement primitives et paraissent le plus souvent être liées à une métro-salpingo-ovarite préexistante qui les prépare et favorise leur production.

Au point de vue pratique, et les lésions des annexes une fois constatées, on devra soigneusement éviter d'exercer le moindre trauma sur l'utérus. Les cautérisations du col, le curettage utérin, etc .., sont, dans ces cas, formellement contre-indiqués.

Digitized by Google

Au point de vue thérapeutique, l'incision vaginale et surtout l'ablation des annexes par la voie abdominale constituent les seuls moyens réellement efficaces dont dispose le chirurgien.

S. R.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement électrique des troubles de l'écriture, par M. Max Weiss. — Décrits le plus souvent en bloc sous le nom de crampes des écrivains, de crampes professionnelles, ces troubles ne comprennent pas seulement, comme semblerait l'indiquer cette dénomination, une variété spéciale de crampes, mais la maladie envisagée dans son ensemble. Elle revêt les trois formes différentes : crampes, tremblement, paralysie, et auxquelles se joint la forme mixte. (*Central. f. die. Gesam. Therapie*, avril 1891, h. IV).

On connaît la ténacité de l'affection ; l'auteur a obtenu de l'électricité des résultats satisfaisants, par la méthode suivante.

I. *Crampes*. — Celles-ci affectent la forme tonique beaucoup plus que la forme clinique, soit que le malade commence à écrire ou qu'il soit en train de le faire. Parfois, dès qu'il prend son porte-plume, débute la crampe dans les trois premiers doigts qui le tiennent et principalement dans le pouce et l'index. Ce sont l'opposant et le fléchisseur propre du pouce, les fléchisseurs des trois premiers ou seulement de l'index qui entrent en contraction pathologique, d'où la flexion des premières phalanges ; les lombricaux et les interosseux agissent de même sur les phalangines et les phalangettes.

Chez un homme de 57 ans, la crampe survenait après qu'il avait écrit quelques lignes, et uniquement dans les deux derniers doigts, par la contraction forcée du fléchisseur propre, de l'opposant du petit doigt et de la partie du fléchisseur commun qui se rend au quatrième doigt.

L'extension de l'index ou du pouce se montre rarement ; parfois les muscles de l'articulation radio-carpienne se prennent, en particulier les deux cubitaux, l'antérieur et le postérieur, qui devient la main vers le bord interne. Les muscles de la pronation et de la supination sont rarement atteints, de même les muscles de l'épaule. Les malades se plaignent en outre de douleurs sur le territoire du cubital et du médian, de points douloureux sur la face antérieure et sur la face postérieure du bras, au point où le radial quitte la gouttière de torsion et des apophyses épineuses des vertèbres dorsales.

Les troubles périphériques de l'écriture constituent donc des affections névrosiques des branches du cubital et du médian, et non un trouble des centres coordinateurs de la moelle ou des circonvolutions (Hirt).

L'intervention électrique doit consister essentiellement dans des courants continus constants, variant d'intensité selon les sujets, dans les proportions de 2,5 à 5, plus rarement de 8 milliampères, d'une durée de 15 à 25 minutes.

Pendant deux à trois semaines au moins, le malade évitera absolument d'écrire. L'emploi d'une batterie transportable de piles Leclanché se recommande par la constance du courant, vérifié par le galvanomètre ; 24 à 30 éléments suffisent ; les électrodes seront terminées par un petit gâteau de terre à modeler ou par plusieurs épaisseurs de papier d'étain bordés de gutta percha ; pour éviter l'action locale, on interpose aussi un peu d'ouate hydrophile mouillée entre la peau et l'électrode ; chaque application durera un quart d'heure à une demi-heure, deux fois par jour les deux premières semaines, puis tous les deux ou trois jours seulement.

On placera le pôle positif (anode, pôle charbon ou cuivre) soit dans la paume, lors d'extension, soit sur le dos de la main, lors de flexion, le pôle négatif (catode, pôle zinc) à la nuque, ou à la partie supérieure de la face interne du bras droit. On place de même le pôle positif sur les points douloureux ou sur les différents muscles affectés de la main, de l'avant-bras ou du bras, pendant 10 à 20 minutes. La forme des électrodes sera en rapport avec la région d'application ; à la nuque la plaque aura trois travers de doigt de large et s'étendra en longueur d'un sternoclerdo mastoïdien à l'autre.

II. *Paralysie*. — Dans cette forme il y a, après que le malade a écrit plus ou moins longtemps, impotence musculaire de la main et en particulier de l'opposant et de l'adducteur du pouce, avec sensation douloureuse. Dans ce cas, le massage galvano-faradique, suivi d'une application de courants continus constants. L'instrumentation consiste en une batterie avec galvanomètre, en un appareil d'induction, en un rouleau à massage, une petite électrode à boule et une à plaque. On unit les deux appareils de façon à contrarier les pôles, de sorte que le pôle positif de la batterie soit relié au pôle négatif du courant d'ouverture induit.

On place le pôle négatif du courant d'ouverture induit, muni d'une électrode à boule, sur le membre qui donne les contractions les plus fortes lorsqu'on fait prendre chacune des électrodes d'induction dans la main. Le pôle négatif de la batterie galvanique, terminé par un gâteau de glaise, s'applique à la nuque ou au tiers supérieur de la face interne du bras droit ; le pôle positif d'induction est relié au rouleau à massage ou à la petite électrode à boule, selon le volume des muscles à électriser. A l'aide de courants gradués, d'abord galvaniques, puis faradiques, on pratique un massage à la fois électrique et mécanique. Pour les muscles thénars et hypothénars, les interosseux et les lombricaux, on se sert de la petite électrode à boule. Après ce massage galvano-faradique, on place les courants continus constants sur les muscles affectés.

3° *Tremblement*. — La trémulation peut, des trois premiers doigts, gagner le bras. Massage galvano-faradique et application des courants continus constants.

Dans la forme mixte, où le tremblement et la crampe s'associent, il faut s'en tenir à la galvano-faradisation avec massage pendant 3 à 5 minutes au maximum.

H. G.

Du menthol contre les vomissements, par M. Lichenstein. — Dans un cas de péritonite traumatique chez un enfant, et après l'essai impuissant des moyens classiques, l'auteur prescrit une potion ainsi formulée :

Menthol	1 gramme
Eau-de-vie	20 grammes
Sirop simple.....	30 grammes

Après l'ingestion de cinq cuillerées à dessert de cette préparation, les vomissements cessèrent. (*Therap. Monatsch.*, 1891, n° 5.)

On fait ingérer chaque cuillerée d'heure en heure. C'est une médication à essayer.

S. R.

TOXICOLOGIE

Un cas d'empoisonnement par le chloral, par M. J.-L. Welch. — Ce cas est celui d'une femme chinoise qui ingéra, par mégarde, le contenu d'une potion au chloral, soit 18 grammes de cette substance. Peu d'instants après, elle accusa de la torpeur et tomba dans le coma. Congestion de la face ; injection des conjonctives ; mydriase ; 30 respirations à la minute ; 152 pulsations radiales près du réflexe conjonctival ou patellaire. (*The Lancet*, 4 avril 1891, p. 769.)

On pratique le lavage de l'estomac avec le siphon, et on introduit dans cet organe une demi-verrée d'eau-de-vie à titre de stimulant. Injections sous-cutanées de strychnine ; sinapismes ; lavements de café ; massage des membres ; application alternatives d'eau chaude et froide sur la région précordiale. Six heures après l'accident, l'amélioration était suffisante pour permettre la déglutition du café. Le lendemain, on prescrivit du sulfate de strychnine à l'intérieur et du sulfate de magnésie.

Digitized by Google

Il y eut des sueurs abondantes. On voit, par la multiplicité des moyens employés et la durée du traitement, que, dans un cas semblable, le succès dépend surtout de la ténacité du thérapeute. S. R.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

Le traitement du chancre simple (1)

Par M. le Dr Du Castel
Médecin de l'hôpital Saint-Louis

A côté des pansements qui paraissent efficaces dans le traitement du chancre simple, je dois vous en signaler quelques uns qui semblent mal supportés par certains malades ; c'est ainsi que M. le Dr Fournier déclare avoir vu plus d'une fois les attouchements avec le crayon de nitrate d'argent produire de mauvais effets : depuis Ricord, il est reconnu que nombre de chancres simples retirent un résultat plutôt malheureux que favorable des pansements faits avec les corps gras, principalement de l'emploi des pommades mercurielles.

Le pansement habituel employé dans notre service diffère quelque peu de ceux que je viens de vous énumérer : depuis plusieurs années, j'emploie pour le traitement du chancre simple une solution alcoolique d'acide phénique ainsi formulée :

Alcool à 90°.....	10 parties
Acide phénique cristallisé.....	1 partie

Je touche la surface de l'ulcération avec un pinceau trempé dans cette solution ; quand la surface du chancre est très irrégulière, on peut faire précéder le lavage à l'acide phénique par le râclage de la plaie.

Au début, nous craignions qu'une solution aussi forte d'acide phénique ne fût caustique pour la peau et les muqueuses environnantes. Nous avions grand soin qu'aucune partie du liquide ne se répandît sur les tissus sains limitrophes; aujourd'hui, par l'usage, nous sommes devenus beaucoup plus hardis ; nous avons pu constater que la peau et surtout les muqueuses du gland et du prépuce supportaient sans inconvénient le contact de la solution phéniquée au dixième ; aussi, maintenant quand nous pansons un chancre simple, nous ne nous préoccupons plus ou nous nous préoccupons fort peu de surveiller s'il coule du liquide sur les tissus environnants ; ce que nous cherchons surtout, c'est à assurer la pénétration du liquide dans tous les coins de la plaie. Après trois années d'expérience, je crois pouvoir dire sans hésitation que la solution d'acide phénique est à la fois une médication très active et une médication inoffensive ; qu'elle modifie très puissamment la marche de l'affection sans qu'on ait à redouter d'elle le moindre inconvénient pour les tissus sains avoisinants. L'attouchement lui-même n'est pas très douloureux, il semble que le malade profite quelque peu des propriétés anesthésiques de l'acide phénique.

Le lendemain, le surlendemain du jour où on a touché un chancre simple avec la solution phéniquée, on voit la surface de celui-ci perdre son aspect tomenteux, sa coloration gris jaunâtre et prendre une teinte rosée, dépouiller son aspect de plaie de mauvaise nature pour revêtir celui d'une plaie de bonne nature et bientôt l'ulcération marche vers la guérison comme une plaie simple ; la cicatrisation se produit en quelques jours ; le chancre simple a manifestement perdu sa virulence au contact de l'acide phénique.

Après l'attouchement à l'acide phénique, nous employons souvent le salol pour panser la petite plaie, mais les bons effets du traitement ne sont pas dus à ce pansement, car, comme nous l'avons essayé souvent, il suffit, après l'attouchement avec l'acide phénique, de maintenir la plaie propre pour la voir marcher rapidement vers la guérison, sous un simple pansement avec du coton hydrophile trempé dans de l'eau légèrement alcoolisée, ou dans du vin aromatique. Le chancre simple, touché à l'acide phénique, se cicatrise à peu près aussi vite que celui qui est traité par des modifications énergiques; c'est bien là la meilleure preuve que la solution phéniquée lui a fait perdre toute virulence.

Un seul attouchement suffit généralement pour obtenir le résultat recherché ; cependant, quand le chancre est très étendu, très irrégulier, très anfractueux, j'en touche, deux ou trois matins de suite, la surface avec la solution phéniquée, pour bien m'assurer qu'aucun point n'a échappé à l'action du liquide et que le virus a été atteint dans tous ses retranchements.

La solution phéniquée me paraît posséder, pour la destruction du virus chancrelleux, une activité au moins aussi grande que celle des cautérisations énergiques avec le cautère actuel et les caustiques chimiques ; elle est d'une application beaucoup plus facile, beaucoup moins douloureuse et beaucoup moins effrayante pour les malades ; elle ne produit pas les délabrements qui suivent les grandes cautérisations ; elle est applicable à tous les chancres, non seulement à ceux que vous pouvez voir, mais même à ceux que vous ne pouvez découvrir, aux chancres sous-préputiaux accompagnés de phimosis, comme j'aurais l'occasion de vous le dire à propos du phimosis.

Les grandes cautérisations, cette médication par excellence du chancre simple puisqu'elle permet de détruire instantanément le virus, subissent un nombre considérable de contre-indications qui restreignent beaucoup leur application ; elles ne peuvent guère s'employer qu'en cas de chancres récents et peu étendus, sont ordinairement contre-indiquées en présence de chancres quelque peu anciens, de chancres multiples, de chancres sous-préputiaux ou du méat, etc., la solution alcoolique d'acide phénique ne subit aucune de ces contre-indications, sa fluidité considérable lui permet de pénétrer dans toutes les anfractuosités de la plaie, peut-être même de poursuivre le virus dans les couches superficielles du tissu cellulaire ; pour employer le langage de nos anciens, je dirais que c'est un médicament subtil, capable de poursuivre le virus dans ses derniers refuges.

Voici en quels termes je résumerai la conduite que je conseille de tenir en présence d'un chancre simple : éviter de tirer sur le pansement s'il en a déjà été pra-

(1) Suite et fin : voir n° 16.

Digitized by Google

tiqué un et s'il est adhérent, le détacher par des lavages répétés.

Éviter de frotter la plaie en vue de la nettoyer; éviter de la presser, d'en tirailler les bords; éviter, en un mot, tout ce qui pourrait la faire saigner; ce sont soins délicats, dont M. Diday a montré l'importance: faire saigner la plaie, c'est exposer le malade au bubon.

Laver la plaie avec de l'eau légèrement phéniquée ou mieux encore avec une solution faible de sublimé.

Toucher avec grand soin toutes les anfractuosités de la plaie avec un pinceau trempé dans la solution d'acide phénique au dixième.

Panser ensuite avec la poudre de salol ou d'aristol, au besoin l'iodoforme ou une solution antiseptique, eau phéniquée ou alcoolisée, coaltar saponiné, etc.

L'attouchement avec la solution phéniquée peut être répété deux ou trois jours de suite, pour qu'on soit plus sûr d'obtenir la destruction de toute virulence.

Il est quelques chancres dont le traitement demande des attentions particulières. En cas de chancres du limbe, il faut éviter de faire décalotter le malade pour ne pas agrandir les ulcérations déjà existantes, pour ne pas produire de nouvelles fissures en faisant franchir la masse volumineuse du gland par un anneau dépourvu de souplesse.

En cas de phimosis, suivant que l'ouverture du prépuce sera plus ou moins grande, vous introduirez plusieurs jours de suite le matin, jusqu'au fond du sillon balano-préputial, un pinceau trempé dans la solution alcoolique d'acide phénique ou vous pousserez avec une petite seringue et un tube de caoutchouc, une certaine quantité de la même solution; dans le courant de la journée, vous ferez faire entre le prepuce et le gland des injections avec une solution de résorcine à 4 pour 100, ou bien encore avec de l'eau additionnée d'hypochlorite de soude, de liqueur de Labarraque, de coaltar saponiné.

Les chancres du méat seront touchés à l'acide phénique et saupoudrés de poudre de salol; il faudra éviter de pousser des injections, d'introduire des sondes médicamenteuses, qui auraient souvent pour résultat d'amener des inoculations profondes; tout chancre, situé trop profondément dans l'urèthre pour échapper à notre vue, se trouvera souvent mieux d'être abandonné à lui-même que d'être traité à l'aveugle.

TRAVAUX ORIGINAUX

THÉRAPEUTIQUE

Insomnies et médicaments hypnotiques

L'enquête clinique vous a révélé la cause occasionnelle d'une insomnie, quel médicament hypnotique allez-vous mettre en œuvre? Le mode d'administration du soporifique n'est pas non plus chose indifférente: tel médicament échouera entre les mains de l'un, qui réussira entre les mains d'un autre; savoir prescrire en temps opportun et en bonne forme, voilà la clef du succès.

1° L'insomnie provoquée et entretenue par la douleur n'est justiciable que des soporifiques analgésiques. L'extrait gommeux d'opium (0 gr. 01 à 0 gr. 03 et 0 gr. 05), le sirop diacode (1 à 2 cuillers à bouche) sont indiqués. Leur absorption étant lente, ils seront pris, en dehors de l'alimentation, deux ou trois heures avant le moment où l'on désire obtenir le sommeil. Les pilules de cynoglosse, tant vantées contre l'agrypnie par les anciens, ne sont en réalité si efficaces que par l'extrait d'opium uni à une assez forte quantité de poudre de semences de jusquiame. Les lavements au laudanum sont moins somnifères que ceux à la teinture d'opium qui se donnent (20 à 30 gouttes par lavement) à l'instant où l'on veut réaliser l'hypnose. La réputation de la morphine n'est plus à faire au cas particulier: les doses sont — par voie gastrique, deux cuillers à bouche à la fois de sirop de chlorhydrate, — par voie hypodermique, 0 gr. 02 à la fois, pas moins, de chlorhydrate ou mieux de bromhydrate, deux à trois heures après le repas. Si l'on était sûr d'avoir toujours de la narcéine ou de la méco-narcéine pures, c'est à ces alcaloïdes de l'opium qu'il faudrait avoir recours en toutes circonstances comme déterminant un sommeil moins troublé que le sommeil morphinique, sans malaises de tête ni nausées au réveil. On formulera d'emblée la narcéine à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 25 en un cachet chez l'adulte, de 0 gr. 01 à 0 gr. 05 chez l'enfant, — la méco-narcéine à celle de 0 gr. 05 à 0 gr. 10 chez l'adulte, et de 0 gr. 01 à 0 gr. 02 chez l'enfant. La codéine, même à la dose de 0 gr. 15 en une fois, n'impressionne pas l'insomnie *a dolore*.

L'hydrate de chloral (0 gr. 75 à 3 gr.) échoue rarement. Un quart d'heure avant le moment où vous cherchez son effet, administrez-le en lavement, additionné, à l'occasion, de 8 à 10 gouttes de teinture d'opium.

Le chloral est supérieur, comme hypnotique analgésique, au chloroforme injecté sous la peau; ce dernier ne ramène le sommeil, d'une façon inconstante, que deux à six heures après deux à quatre injections d'un gramme. A doses relativement faibles (0 gr. 50 à 1 gr.), le croton chloral, qui ne se dissout que dans l'eau chaude, serait beaucoup plus hypnotique que le chloral hydraté quand l'insomnie résulte d'une névralgie crânienne.

2° L'injection sous-cutanée de 0 gr. 02 de chlorhydrate de morphine, celle d'un gramme de solution aqueuse de méthylal à 1/10, renouvelée, s'il le faut, de trois en trois heures, combattent l'insomnie des blessés et des opérés;

3° Certaines dystrophies s'accompagnent d'agrypnie. Ainsi, la chlorose, les états scorbutiques, l'hémophilie, la leucémie. Donnez tous les soirs, dans un verre d'eau, une heure avant et deux ou trois heures après les repas, 1 à 2 gr. de bromure de potassium ou de sodium,

Digitized by Google

avec 10 à 15 gouttes de teinture alcoolique de jusquiame.

Ainsi, chez les pléthoriques à la tête congestionnée : une pilule, au repas du soir, avec 0 gr. 05 à 0 gr. 10 de sulfate ou mieux de bromhydrate de quinine et 0 gr. 05 à 0 gr. 10 de poudre de feuilles de digitale leur procure un sommeil bienfaisant.

Les diabétiques agrypniques recouvrent le sommeil par les bromures alcalins ou par les potions ou lavements à 3 ou 4 gr. de chloral antipyriné ou hypnal qui ne sont contre-indiqués que par l'albuminurie, commune au cours du diabète.

Les doses élevées d'hydrate de chloral triomphent de l'insomnie *sine materia* des syphilitiques.

4° Dernièrement, dans le traitement de l'insomnie dite de convalescence, on a substitué la codéine à l'opium et à l'hydrate de chloral. Deux à cinq doses par jour de 0 gr. 03 à 0 gr. 05 chacune, continuées « pendant des semaines et des mois », jouiraient de propriétés somnifères qu'elles n'ont pas dans d'autres conditions. Actuellement on prône, contre l'insomnie de convalescence, l'hydrate d'amylène (en potion 2 à 5 gr. dans 40 gr. d'eau et 30 gr. de sirop de menthe — en lavement mucilagineux, 2 à 5 gr., potion ou lavement à prendre en une fois le soir) et l'uréthane (3 ou 4 gr. le soir, en une fois, dans un demi-verre d'eau ou d'infusion).

5° L'insomnie consécutive aux hémorragies est maîtrisée en deux heures, et pour toute la nuit, par un à cinq granules d'hyoscyamine amorphe ou d'hyoscine de loyale provenance. L'hyoscine s'injecte aussi sous la peau (un gramme de solution de chlorhydrate, de bromhydrate ou d'iodhydrate à 0 gr. 01 pour 10 gr. d'eau). L'extrait alcoolique et résineux ou cannabine (0 gr. 03 à 0 gr. 10), l'extrait aqueux (0 gr. 01 à 0 gr. 15) de jusquiame valent moins.

6° Le lupulin (un cachet de 1 ou 2 gr. le soir), l'hopéine brune (0 gr. 02 en une fois le soir), le camphre monobromé (0 gr. 50 à 1 gr. 50 en une fois), l'hyoscine (un granule d'un demi ou d'un milligramme), sont d'excellents hypnotiques dans l'insomnie par pertes séminales d'origine irritative.

7° Aux vieillards qui ne dorment pas, nous prescrivons, non plus comme autrefois, le petit lavement du soir à 1 gramme d'hydrate de chloral, mais le sulfonal : 0 gr. 80 à 3 grammes dans un verre d infusion chaude en une seule dose, ou mieux, d'après quelques-uns, en trois ou quatre doses, d'heure en heure, à n'importe quelle distance du repas.

8° Rebelle est l'insomnie des névroses que l'opium et l'hydrate de chloral exaspèrent presque toujours. Inerte chez les hystériques, le bromure de sodium (0 gr. 50 à 1 gr. 50 une heure avant et trois heures après le repas du soir) a pu faire dormir les neurasthéniques. Ses effets hypnagogues, quand ils se produisent, s'usant assez vite, on le remplacera par l'hypnone (8 à 10 gouttes à prendre en une fois dans une émulsion), par l'uréthane (3 à 4 gr. dans un verre d'eau) et plutôt par la paraldéhyde (4 gr. en une fois, le soir, dans une potion ou un lavement). L'ural (2 ou 3 gr. à la fois), le sulfonal (0 gr. 80 à 3 gr.), la chloralamide (0 gr. 75 à 2 gr.), l'hopéine (0 gr. 02), le tanate de cannabine (0 gr. 10 à 1 gr. 50) ont été essayés avec des succès divers.

Les mêmes remèdes sont applicables à l'insomnie si tenace de quelques hystériques au début ou dans les derniers mois de la grossesse.

A notre avis, les bromures alcalins ne viennent à bout de l'insomnie, comme des autres symptômes de la maladie de Basedow, que quand cette névrose a le mal comitial pour support. En toute autre circonstance on choisira l'uréthane (3 à 4 gr. dans un verre d'eau), et, peut-être, les extraits alcoolique ou aqueux (2 gr 50 à 10 gr.) en pilules ou potion, de ce nouveau soporifique de la famille des papavéracées, l'*eschscholtzia californica*, qui, déjà préconisé contre l'insomnie des névroses non vasculaires, paraît diminuer le tremblement, un des symptômes les plus constants de la maladie de Parry-Graves.

9° C'est par les bromures potassique ou sodique qu'il faut commencer le traitement de l'insomnie engendrée par des travaux intellectuels excessifs, des veilles prolongées, de violentes émotions, de vives préoccupations d'affaires; puis, lorsque leur action s'émousse, les associer pendant quelque temps à parties égales d'hydrate de chloral. Plus tard, aux lieu et place du chloral bromuré, donnez ou la pilule de bromydrate de quinine et de feuilles pulvérisées de digitale, ou le sulfonal (1 à 2 gr.). Si les hypnotiques n'ont pas constamment fourni les résultats obtenus, cela tient sans doute à ceci : qu'ayant plus en vue l'insomnie que la fatigue, que la dépression nerveuse qui la détermine, on a oublié d'employer concurremment la strychnine, le phosphure de zinc, les toniques du système nerveux en un mot.

10° Le traitement de l'insomnie chez les aliénés n'en est pas un. Quelle que soit la cause de l'aliénation, le praticien, avant de diriger ses armes contre l'insomnie, se demandera : l'aliéné est-il un déprimé ? Est-ce, au contraire, un excité ?

Si c'est un déprimé, rappelez le sommeil par des injections sous-cutanées de 0 gr. 02 de chlorhydrate de morphine ou d'un gramme de la solution aqueuse de méthylal à 1/10 ; le méthylal se prescrit encore en lavement ou en potion (2 à 9 gr. pour 150 gr. d'excipient, à prendre en se couchant, une heure au moins après avoir mangé).

Si c'est un excité, débordant de gestes et de paroles, il se trouvera bien de l'hydrate de chloral (1 gr. 20 à 3 gr.), qu'on dissoudra pour un lavement dans une infusion avec 0 gr. 20 de feuilles de digitale, — du sulfonal (0 gr. 80 à 3 gr.) en une ou quatre doses, — de l'hyos-

Digitized by Google

cyamine ou de l'hyoscine en injections sous-cutanées qui provoquent, à partir du troisième soir, un sommeil de cinq à dix heures.

L'insomnie des aliénés, qu'ils soient déprimés ou excités, ne s'accommode pas de l'hypnone, ni de l'uréthane, ni de l'hydrate d'amylène, ni de la paraldéhyde, ni de la chloralamyde.

11° Les insomnies caféique, théique, tabagique disparaissent quand on supprime leur cause.

Il n'en est pas ainsi de l'insomnie alcoolique, même quand il ne boit plus, quelquefois parce qu'il ne boit plus, l'alcoolique passe des nuits troublées par des cauchemars, par des visions terrifiantes qui le réveillent en sursaut. L'opium, qu'on associait autrefois au tartre stibié ou aux amers, aggrave cette agrypnie, probablement parce qu'il hypérémie le cerveau ; l'hydrate de chloral est à redouter en raison des lésions dégénératives que peut déjà présenter le cœur. La paraldéhyde, parfois utile, est souvent infidèle. Il faut conseiller l'hypnone (2 capsules de 4 gouttes à la fois) ou le sulfonal (3 gr.).

Les gens qui dorment mal par le fait des intoxications saturnine et mercurielle prendront, avant et après le repas du soir, 1 à 3 gr. de bromure de potassium, qui agit et comme hypnotique et comme toxifuge en formant un bromure double de plomb ou de mercure et de potassium soluble facilement éliminable.

L'insomnie s'explique-t-elle par la privation d'une dose habituelle de morphine que l'on a cru devoir supprimer, on recourra, avec chance de succès, soit à l'hydrate d'amylène (2 à 5 gr. en potion ou en lavement), soit à la méco-narcéine (0 gr. 05 à 0 gr. 10), soit à une dose, en pilule, de 0 gr. 06 à 0 gr. 20 d'extrait alcoolique, ou, en potion, de 0 gr. 50 à 1 gr. de teinture alcoolique de chanvre indien ; mais jamais au chloral, des lésions de dégénérescence ayant été signalées dans le cœur des morphinomanes.

La chloralamide (0 gr. 75 à 2 gr. en potion) est l'hypnotique de choix dans l'insomnie urémique.

12° C'est la paraldéhyde (2 à 4 gr. en potion ou en lavement) qui a fourni les résultats les moins équivoques dans l'insomnie des pyrexies infectieuses où l'on appréhende les effets cérébro-congestifs de l'opium et cardio-syncopaux du chloral.

13° Pour l'insomnie des dyspeptiques, vous choisirez les hypnotiques qui ne troublent pas la digestion : le bromure de sodium (0 gr. 75 à 1 gr. dans un demi-verre d'eau sucrée en se couchant), le sulfonal (2 à 3 gr.), l'uréthane (1 à 4 gr.), quelquefois infidèle, le lupulin (1 ou 2 gr.) narcotique eupeptique et stomachique. Ne serait-ce pas le cas (si leur action était plus régulière et moins lente) d'employer l'acide lactique et le lactate de soude (5 à 20 gr. par la bouche ou en lavement) qui ont passé pour des hypnotiques ? Une pilule avec 0 gr. 10 de bromhydrate de quinine et 0 gr. 10 de sulfate de sparteine n'est pas de trop, au repas du soir, quand l'insomnie dyspeptique s'accompagne de palpitations.

14° Les opiacés, l'hypnone, l'hydrate d'amylène, l'uréthane, l'hypnal, l'ural, le sulfonal — pour ne citer que les hypnotiques tour à tour essayés — se sont plus d'une fois piteusement brisés contre l'insomnie des tuberculeux pulmonaires, parce qu'on n'a pas toujours su la rattacher à sa vraie cause, fièvre, toux, douleurs, inquiétude, etc.

L'agrypnie coïncide-t-elle, comme dans la tuberculose pulmonaire à la période ultime, comme dans l'emphysème, avec de la dyspnée et de la cyanose, répudions l'opium qui congestionne, le chloral qui augmente la stase sanguine en déprimant la tension artérielle, la paraldéhyde et l'hypnone qui ralentissent la respiration et l'exhalation carbonique : l'hydrate d'amylène (2 à 5 gr. en potion ou en lavement), qui n'a pas ces inconvénients, ramène le sommeil.

15° Voilà un cardiopathe qui se plaint de ne pas dormir. S'il est atteint d'une lésion cardio mitrale ou aortique ou d'une lésion de musculature avec hyposystolie ou asystolie, vous rétablirez le sommeil, après trois ou quatre jours, et d'une manière durable, avec les bromures alcalins (2 gr. de bromure de potassium ou 2 gr. 50 de bromure de sodium en une fois avant, et 2, 3, ou 4 gr. de bromure de potassium ou 2 gr. 50 à 5 gr. de bromure de sodium en une fois, trois heures après le repas du soir), et, quand surviendront les symptômes de saturation bromique, avec l'hydrate d'amylène (2 à 5 gr.) ou avec l'uréthane (3 à 4 gr.). S'agit-il d'une cardio-lésion aortique bien compensée — chez un artérioscléreux, par exemple — différents hypnotiques s'offrent à nous : la morphine en injections sous-cutanées, le sulfonal (1 à 2 gr.), l'uréthane (3 à 4 gr.), et, mieux que tout cela, la chloralamide (0 gr. 75 à 2 gr.). Soupçonnez-vous les palpitations d'entretenir, dans une certaine mesure, l'agrypnie. Ajoutez à votre prescription un cardio-hypokinésique, excitateur (digitale) ou dépresseur (*veratrum viride*) de l'artério-tension suivant le cas.

Dr Ch. Liégeois.

CHRONIQUE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

L'appel des médecins de réserve et de l'armée territoriale en 1891

I. *L'instruction technique des médecins de la réserve et de l'armée territoriale appelés en* 1891. — II *Le code manuel des médecins de la réserve et de l'armée territoriale.*

I. **L'instruction technique des médecins de la réserve et de l'armée territoriale en 1891.** — Les lecteurs de ce journal ont vu, dans l'un des derniers numéros (1) de cette année, qu'un ordre ministériel prescrit l'appel d'un nombre relativement élevé de médecins de la réserve et

(1) Voir *Revue générale de clinique et de thérapeutique* n° 7.

Digitized by Google

de l'armée territoriale, pendant les deux périodes d'instruction technique du printemps et de l'automne de cette année.

La même circulaire prescrivait de plus à chacun des directeurs du service de santé des corps d'armée d'établir un programme de conférences et d'exercices pratiques, dont l'ensemble devait réaliser l'instruction technique de nos confrères soumis aux obligations de la loi militaire. Ces programmes diffèrent peu d'un corps d'armée à l'autre ; cela se comprend.

Tous néanmoins, sentiment que l'on éprouve avec satisfaction en les parcourant, — nous en avons plusieurs sous les yeux, — ont été rédigés dans le but de concilier à la fois les obligations du service militaire avec les exigences professionnelles des médecins civils durant la période d'appel.

Voici, d'après ces documents, un aperçu aussi exact que possible de l'emploi du temps durant les treize jours (21 mai au 2 juin 1891) et les vingt-huit jours (6 mai au 2 juin 1891) que les médecins de la territoriale ou de la réserve passeront sous les drapeaux.

Nos lecteurs se rendront compte du but de ces convocations et de l'esprit fort judicieux de cette instruction, essentiellement pratique, qui, à quelques détails près, varie peu d'un corps d'armée à un autre.

Instruction pratique. — Le matin : visites médicales régimentaires (17 pour les médecins réservistes, 6 pour les médecins territoriaux). Visites médicales d'hôpital (6 pour les premiers, 5 pour les seconds).

Après-midi : manœuvres de brancardiers (1 séance); de litières et cacolets (1 séance) ; visite des docks et du matériel de campagne (1 séance) ; manœuvres d'embarquement en chemins de fer (1 séance) ; exercice en terrain varié (1 séance).

Conférences théoriques, complétées par la visite du casernement, de l'hôpital, du matériel régimentaire d'hygiène et autres : 16 environ pour les médecins de réserve, toutes dans l'après-midi ; 11 pour les médecins de l'armée territoriale (5 le matin et 6 le soir). En voici le thème :

I. *Le service de santé dans les corps de troupes à l'intérieur.* — Infirmerie régimentaire ; son matériel. — Recrutement. — Incorporation. — Vaccination. — Cuisine, denrées, boissons. — Certificats. — Congés de convalescence. — Réforme.

II. *Le service de santé dans les corps de troupe en campagne* — Hygiène de la marche. — Litières. — Cacolets. — Chargement des blessés. — Voitures de transport. — Hygiène des camps. — Purification de l'eau.

Infirmiers et brancardiers régimentaires. — Postes de secours.

III. *Le service de santé dans les hôpitaux à l'intérieur.* — Visite de l'hôpital. — Epidémies. — Prophylaxie du choléra, de la fièvre typhoïde, de la dysenterie, des fièvres éruptives.— Désinfection.

IV. *Le service de santé en campagne.* — Ambulances. — Personnel et matériel. — Infirmiers. — Détachement du train. — Hôpitaux de campagne et trains sanitaires (personnel et matériel).

Infirmiers des gares. — Sociétés de secours aux blessés. — Convention de Genève.

II. **Le Code manuel des médecins de réserve et de l'armée territoriale.**—L'instruction technique précédente ort complète, a pour but de familiariser nos confrères avec es nouveaux règlements. Elle ne comporte donc point les notions qu'ils possèdent sur leurs obligations, leurs droits, leur état militaire, etc. Ce n'est point là une lacune du programme.

En vérité, il eût été bien superflu de consacrer une conférence à ces questions. Elles sont traitées nettement et suffisamment dans un petit livre que l'on ne recommandera jamais assez : *Le Code manuel des médecins et pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale*, rédigé par M. le médecin-major de 2e classe Lucien Collin (1), auquel ses fonctions spéciales à la Direction du service de santé du Gouvernement de Paris donnent une compétence toute spéciale.

Il y a, en effet, même pour ceux qui sont le plus au courant des réglements militaires des questions quotidiennes de *tenue, visites, appellations, soldes, indemnités, rapports avec les officiers de l'armée*, etc., etc., sur lesquelles des renseignements précis sont nécessaires. Ce code manuel a été rédigé, excellente intention, dans le but de répondre à toutes ces questions, et, ce qui vaut mieux, y répond.

Une table alphabétique bien comprise facilite les recherches. On peut donc dire, sans crainte de démenti, que M. Collin a fait une bonne œuvre en rédigeant ce volume, dont chacun de nos confrères soumis au service militaire, médecin ou étudiant, devrait faire son *vade mecum*, en temps de convocation, dans le service et hors du service. Il y a comme cela des conseillers, qui, pour être discrets, n'en sont ni moins fidèles, ni moins bons. On ne saurait trop recommander leurs bons avis.

N. D.

REVUE DES LIVRES

Salpingites et ovarites, par M. O. Terrillon (O. Doin, Paris, 1891).

Le livre de notre collègue et ami le docteur Terrillon mérite plus qu'une analyse sommaire ; il est le résultat d'une expérience déjà grande, basée sur un grand nombre de faits et sur une connaissance approfondie d'un sujet qui lui est favori. L'étude qu'il nous en présente est complète, surtout en ce qui concerne les salpingites, beaucoup mieux connues que les inflammations des ovaires. C'est surtout la salpingite qui est en cause, l'ovarite n'occupe qu'un rang bien inférieur et, en résumé, accessoire.

Dans une série de chapitres, l'auteur passe en revue la pathogénie, l'anatomie pathologique, la clinique de l'inflammation des annexes. Nous recommandons particulièrement à ceux qui ne sont pas familiarisés sur le diagnostic, la lecture des pages qui y sont consacrées. La description des diverses explorations par le vagin, le rectum, le palper bimanuel, l'exploration sous le chloroforme sont clairement exposées et dignes d'être méditées par tous les praticiens. Après avoir montré le diagnostic général, notre collègue s'occupe aussi de celui des diverses variétés si intéressantes : l'hydrosalpingite, la pyosalpingite, l'hématosalpingite, la salpingite tuberculeuse. Mais la partie sur laquelle M. Terrillon s'est particulièrement appesanti, c'est celle du traitement ; n'est-ce d'ailleurs pas grâce aux interventions si fréquentes et si efficaces, que l'on a

(1) Lucien Collin. *Code manuel des médecins et pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale.* (1 vol. in-18 ; prix : 2 fr. 30; chez O. Doin.)

Digitized by Google

pu récolter toutes les notions anatomo-pathologiques et même cliniques essentielles? Dans une série de chapitres très intéressants, il nous expose le traitement chirurgical, basé sur les indications propres à chaque catégorie de cas. Rien n'est sacrifié dans la description du manuel opératoire qui est bien le reflet fidèle de ce que nous avons souvent vu pratiquer par l'auteur.

L'ablation des annexes plus ou moins adhérentes, le drainage après suture à la paroi des poches purulentes, le drainage à distance quand la suture est impossible, tout cela est exposé à ne laisser au lecteur aucune obscurité. Quand la poche se rompt dans le péritoine, il ne faut pas hésiter à faire la laparotomie: immédiate, l'extirpation ou le drainage et le nettoyage de la cavité; en général, plus on opérera tôt et plus le succès couronnera l'entreprise.

Pour terminer, l'auteur nous donne ses résultats et ses observations. Sur 90 opérations il n'a eu à déplorer que cinq morts opératoires, et cela dans des cas très avancés et hérissés de grandes difficultés. Toutes les autres malades ont guéri, la plupart (60) complètement, d'autres (18) gardent encore une fistule tout en étant très soulagés dans leur état local et général. Une troisième catégorie, formée de quatre malades seulement, a continué à présenter les troubles venant de l'utérus, de la vessie ou des phénomènes nerveux spéciaux tenant manifestement à l'hystérie.

En terminant, nous ne pouvons que recommander très instamment ce livre de vulgarisation d'affections encore relativement peu connues et néanmoins si communes.

Dr E. Schwartz.

Des immersions dans les sources d'eau froide, par M. le Dr Laurent (J.-B. Baillère et fils, 1890).

Dans ces quelques pages l'auteur s'élève avec juste raison contre les pratiques superstitieuses encore en usage dans certaines localités de la Seine-Inférieure : [Saint-Wandrille (fontaine de Caillouville); Héricourt-en-Caux (fontaine de Saint-Mellon); Sommesnil (fontaine Saint-Firmin); Saint-Hellier; Anneville-sur-Scie (fontaine Saint-Ribert); Rolleville (fontaine Sainte-Clotilde)]. C'est un excellent petit livre contre les superstitions d'un autre âge.

H. G.

Compte rendu de la clinique chirurgicale des enfants de l'hôpital Saint-Sauveur (Lille), par M. le Dr G. Phocas.

Extrayons de ce fascicule quelques remarques pratiques :

M. Phocas a chloroformisé tous ses petits malades par le procédé de Saint-Germain, la sidération, qu'il proclame le procédé de choix chez les enfants.

L'iodoforme lui a donné les meilleurs résultats; il le préfère au salol, au sublimé pour les tuberculoses locales, qu'il guérit souvent, mais désinfecte toujours. En n'injectant dans les foyers jamais plus de 2 grammes d'iodoforme on évite les accidents.

H. G.

Traité de l'anémie par insuffisance de l'hématose ou hypo-hématose, par M. le Dr E. Maurel (Paris, 1890, O Doin).

Ce volume est consacré en grande partie à l'étude des mensurations thoraciques. Cette étude sthétographique, dans laquelle M. Maurel aurait pu signaler des travaux parus et parmi ces derniers, celui de M. le Dr Eloy, auquel l'Académie décernait en 1887, le prix Vernois (Hygiène) et qu'il omet de mentionner, sert en quelque sorte d'introduction à l'étude clinique de l'hypo-hématose, qui consiste dans un ensemble de troubles morbides causés par la respiration insuffisante.

Ces données suffisent au lecteur pour se rendre compte de l'objet de cet ouvrage, dont les conclusions thérapeutiques se résument dans l'emploi de la gymnastique rationnelle pour augmenter le champ et l'activité respiratoires.

S. R.

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique, par M. le Dr Rochard (Paris, 1891, Lecrosnier et Babé, t. III, 3e fasc.).

Ce fascicule est entièrement consacré à l'hygiène des habitations (habitations privées et habitations collectives). A côté des indications indispensables à connaître pour la salubrité de ces édifices, M. J Rochard expose d'intéressantes considérations sociales sur les logements de la classe ouvrière. C'est là, on le reconnaîtra, le caractère absolument original de cette question à la fois scientifique et politique, dont on pourra mieux encore apprécier l'importance quand ce volume sera achevé.

S. R.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

MÉDECINE

I. **Traitement du rhumatisme articulaire chronique.** — La médication hygiénique est bien connue: inutile d'y insister.

Quel traitement médicamenteux faut-il adopter?

1° *A l'intérieur*: contre les poussées subaiguës, on prescrira l'antipyrine ou le salicylate de soude, à doses faibles, mais longtemps continuées.

Dans l'intervalle des poussées rhumatismales, on administrera l'arsenic à la dose de trois à six milligrammes, et, de préférence, les iodiques: soit l'iodure de sodium, à raison de vingt à soixante centigrammes par jour, au moment des repas; soit la teinture d'iode, par prise quotidienne de dix à vingt gouttes.

2° *A l'extérieur*: M. Potain conseille la balnéation thermale, parce que la température de l'eau y est constante, et préfère les bains de piscine à ceux de baignoire. Durée des bains: une heure ou deux. Au besoin, combiner la balnéation tiède avec les douches sulfureuses sur les articulations malades.

La galvanisation par les courants continus est préférable à la faradisation. Celle-ci agit longuement sur les muscles; celle-là modifie mieux la nutrition.

Ajoutons que l'action des iodures alcalins est favorisée par leur véhiculation dans une eau minérale alcaline et doit être longtemps continuée.

Si l'on administre l'iode en teinture, il faut nécessairement prévenir son action irritante sur les voies digestives en diluant la préparation dans un volume de liquide suffisant. On augmente la tolérance en additionnant ce véhicule d'une préparation opiacée, telle que l'élixir parégorique.

C. E.

STOMATOLOGIE

II. **Solution pour l'antisepsie buccale.** — Elle a été formulée par M. Galippe:

Acide thymique.....	0 gr. 10
Acide benzoique.....	3 gr.
Teinture d'eucalyptus	10 gr.
Eau bouillie.....	1000 gr.

En lavages ou gargarismes fréquemment répétés.

S. R.

Digitized by Google

REVUE DES CONGRÈS

Congrès allemand de médecine interne

Tenu à Wiesbaden du 6 au 9 avril 1891 (1)

(D'UN CORRESPONDANT)

III. *La guérison relative de la tuberculose.* — IV. *Le reflexe patellaire.* — V. *Traitement de l'hydrocéphalie.*

III **La guérison relative de la tuberculose.** — Il importe de s'entendre sur ce que les mots, guérison de la tuberculose, dont on use et on abuse, peuvent signifier.

M. Wolff (de Gobersdorff) a voulu les préciser. C'est tâche malaisée. Il a difficilement réuni 142 cas de phtisie, chez des individus vivant sept années au moins après une cure au sanatorium de Gobersdorff, dans la période écoulée entre 1861 et 1884.

Puis, continuant son enquête, il a interrogé ces malades, dont un bon nombre refusèrent de répondre, de sorte que, en tenant compte seulement de ceux qui ont répondu, il estime qu'il n'y a point de guérison absolue pour la tuberculose. Toutefois, la diminution des phénomènes locaux, la possibilité de vivre comme tout le monde, enfin l'arrêt des processus phtisiogènes, sont les conditions de ce que l'on a nommé des guérisons.

Il y a, d'ailleurs, on ne saurait trop le répéter, des tuberculoses latentes, dont le nombre s'explique par leur confusion au début, avec les grippes, les affections rhumatismales, etc., etc.

Ce sont donc des guérisons apparentes? Combien de temps durent-elles?

Cinq fois, dans les cures observées par M. Wolff, elles durèrent de 21 à 29 ans; cinquante-sept fois de 12 années, et trente-huit fois pendant 7 ans seulement.

C'est aussi l'avis de M. Ziemsen, estimant que ces résultats thérapeutiques peuvent être obtenus seulement dans les sanatoria et que le danger des récidives diminue en raison directe du temps.

Les conclusions de Wolff et celles de Ziemsen manquent, on le dira peut-être, d'originalité. C'est vrai Elles ne justifient pas, sans doute, les illusions de ceux qui, en Allemagne, en France et ailleurs, annoncent quotidiennement des succès destinés à causer l'étonnement; par contre elles établissent que l'hygiène, la climatotherapie et la médication classique conservent contre la tuberculose leur relative efficacité, dont des médications nouvelles attendent la démonstration.

IV. **Le reflexe patellaire chez les tabétiques:** — La question du reflexe tendineux n'a pas encore été jugée. Je ne crois pas que la communication très intéressante de M. Eichhorst permettra de le faire. Il a observé des reflexes tendineux rotuliens normaux chez des tabétiques, et en même temps, sur ces malades, l'abolition des reflexes tendineux des bras. Dans ces cas, il fallait bien admettre, dans le diagnostique anatomique, que la moelle dorsale et en particulier ce que l'on nomme la région de Westphall était intacte.

Autre fait : Une femme est frappée d'apoplexie et accuse de l'hémiplégie droite, avec abolition des réflexes patellaires à droite et à gauche. A l'autopsie, point d'altérations musculaires, mais, par contre, de lésions indéniables de névrite sur les deux nerfs cruraux. Il ne s'agissait donc pas d'un tabès, et cependant les réflexes patellaires n'existaient point.

Au demeurant, que faut-il conclure de ces faits? Au danger de commettre des erreurs de diagnostic en donnant une valeur absolue au signe de Westphall. Il y a des cas de tabes où il manque; il y en a d'autres où il existe sans altération de la moelle cervicale ou dorsale. Il y en a d'autres encore où le signe est en rapport avec une névrite périphérique, et l'intégrité absolue de la moelle.

(1) Fin : voir n° 15, p. 249.

Avant M. Erichhorst, ajouterons-nous, Wairt-Mitchell a publié des faits cliniques analogues. Ajoutons encore que, dans sa communication, le médecin allemand aurait pu avantageusement rappeler le nom des cliniciens français qui, eux aussi, ont démontré les relations existant entre l'abolition des réflexes tendineux et la névrite périphérique. C'eût été d'équité scientifique

V. **Traitement de l'hydrocéphalie par les ponctions.** — Autre question de thérapeutique des maladies des centres nerveux! Il s'agit de l'hydrocéphalie. M. Quincke l'a traitée, et a traité la forme aiguë et la forme chronique par des ponctions destinées à prévenir la compression cérébrale.

Quelle est la technique de ces ponctions? Au crâne, on les pratique par des forages fins ou des trous de trépan, à travers cette boîte osseuse; au rachis, on choisit pour lieu d'élection les régions lombaires. De plus l'instrumentation spéciale consiste en aiguilles creuses, introduites entre les arcs vertébraux en évitant toute lésion de la moelle et des racines nerveuses rachidiennes. M. Quincke annonce des améliorations dans des cas d'hydrocéphalie aiguë ou chronique chez des enfants. Il admet même qu'il y aurait lieu d'essayer ce traitement contre tous les épanchements séreux et même contre ceux de la méningite tuberculeuse. C'est un enthousiasme d'inventeur et, pour ce motif, un enthousiasme qu'on excuse, mais qu'on ne partage point.

Je ne crois pas utile de m'arrêter à d'autres communications, dont l'intérêt et les déductions pratiques sont médiocres; telles la *théorie du murmure vésiculaire*, dont M. Edlefsen (de Kiel) est l'avocat; le procédé de *recherche du pigment biliaire dans le sang*, proposé par Von Jaksh; ou bien encore le mémoire de M. Sandmeyer (de Marbourg), sur la *dégénération consécutive à l'extirpation des centres moteurs du chien*, etc., etc. Les discussions sur la tuberculose et l'angine de poitrine n'ont guère laissé de place pour d'autres débats.

On espère que ceux-ci seront plus amples et plus diversifiés au onzième Congrès de médecine interne qui se tiendra à Leipzig en 1892. K. D.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 23 mars 1891

Présidence de M. le Dr Descroizilles

Le procès verbal de la dernière séance est lu et adopté. La correspondance imprimée comprend : un mémoire de M. le Dr Wickham (Edmond) « sur l'excision du chancre syphilitique »; la *Gazette de Gynécologie*; la *Revue illustrée de Polytechnique médicale et chirurgicale*; une circulaire du ministre de l'instruction publique annonçant l'ouverture du congrès des Sociétés savantes. M. le président désigne pour représenter la Société à ce congrès, MM. Boutin et Paul Blocq.

M. Richardière fait une communication : **sur l'examen du suc gastrique à l'aide des capsules de Günsburg.**

M. Gautrelet. — M. Richardière dans ses conclusions me semble oublier de faire intervenir le pouvoir absorbant de l'estomac pour l'iodure de potassium, pouvoir qui varie suivant l'état de la muqueuse stomacale ou de l'existence chez les malades de cirrhose, du foie, de dilatation d'estomac, etc.

M. Richardière. — Ce pouvoir absorbant de l'estomac pour l'iodure de potassium varie très peu, qu'il y ait ou non dyspepsie, tumeur stomacale, ulcération, etc. Dans les urines, la réaction de l'iodure de potassium apparait au bout d'un quart d'heure environ; dans la salive, le moment variable de l'apparition de la réaction iodurée n'a aucune importance, et on peut modifier les résultats de mon étude.

M. le Dr Paul Blocq fait une communication sur le **traitement de l'épilepsie par l'hydrate d'amylène.** (Voir p. 247).

Digitized by Google

M. le Dr Groussin lit une note intitulée : **à propos des morphinomanes.**

Parmi tous les dangers que courent les morphinomanes, il en est un peu connu, je crois, des médecins, et à coup sûr inconnu des malades ; le voici :

Un homme de 40 ans en était arrivé à absorber, par piqûres, 40 centigrammes de morphine en 24 heures. Il entra dans un institut médical dirigé par un docteur. Ce docteur s'intéresse à lui, et veut à son insu le démorphinomaniser ; il s'entend avec le pharmacien de l'endroit et il est convenu que bien que l'ordonnance prescrive toujours la même dose, le pharmacien la diminuera de cinq centigrammes tous les trois jours. Le malade en était arrivé à ne plus prendre que cinq centigrammes en 24 heures ; il allait déjà beaucoup mieux sous tous les rapports.

Oui, mais un jour il quitte l'institut pour quelque temps, porte son ordonnance chez un pharmacien d'une ville voisine, qui, lui, n'étant pas dans le secret, la remplit ponctuellement.

Le malade se pique alors à raison de 40 centigrammes en 24 heures, au lieu de 5 ; de là des accidents très graves qui heureusement ont pu être combattus avec succès.

Il serait donc bon en pareille circonstance, et autant que la chose est possible, que le médecin conservât toujours par devers lui l'ordonnance ; car de nos jours le morphinomane est un être essentiellement compromettant, d'abord pour lui-même, pour sa vie et ensuite pour le médecin et pour le pharmacien.

Cette note soulève une discussion à propos de la possibilité de la répression de la morphinomanie. La discussion alimentée par MM. Bouloumié, Julliard, Gautrelet, Vigier, Cazaux, est remise à une séance prochaine.

M. Huchard propose à la Société de mettre plusieurs semaines à l'avance quelques questions médicales et chirurgicales à l'étude. Trois ou quatre fois par an, par exemple, à la suite d'un exposé de la question faite par un rapporteur, aurait lieu une discussion approfondie à laquelle auraient été préparés les membres de la Société que la question intéresse plus particulièrement. Cette proposition, appuyée par quelques uns des membres présents, est adoptée. Le traitement médico-chirurgical de la péritonite tuberculeuse sera mis à l'ordre du jour de la première séance de mai.

Dr Pennel.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 avril 1891

Présidence de M. le Dr Nicaise

Opérations sur l'intestin. — M. Terrillon, rapporteur, analyse trois observations d'interventions sur l'intestin pratiquées par M. Boiffin, de Nantes. Dans la première, il s'agit d'un nouveau-né atteint d'occlusion intestinale trois jours après la naissance. M. Boiffin fit la laparotomie, trouva le ventre rempli de méconium, et se contenta de le refermer après nettoyage. L'enfant succomba peu de temps après. A l'autopsie on constata deux rétrécissements très serrés sur la fin de l'intestin grêle et un arrêt de développement du gros intestin.

La deuxième peut être résumée de la façon suivante. Un homme de 54 ans est atteint d'une vieille hernie crurale enflammée ; déjà en 1878 cette hernie était le siège d'un abcès stercoral avec fistule consécutive ; celle-ci avait été oblitérée par une opération, mais en 1890, à la suite d'un nouvel abcès, elle se rétablit au sommet de la hernie.

Le 17 décembre 1890, M. Boiffin incisa la fistule sur tout son trajet qu'il réséqua, sutura la plaie de l'intestin, et réduisit dans le péritoine l'anse herniée. Deux jours après, la hernie reparaissait sous la peau ; le chirurgien, voulant constater l'état des sutures intestinales avant de faire une nouvelle réduction, ouvrit la plaie cutanée ; elles ne paraissaient pas solides. M. Boiffin fit alors la resection de l'anse intestinale avec suture des deux bouts. Le malade guérit parfaitement de tous ses accidents.

Enfin dans la troisième observation, il s'agit d'un homme de 28 ans, qui en janvier 1890 fut atteint d'une typhlite aiguë avec rupture de foyers purulents dans la vessie et le rectum. Comme l'état général devenait fort grave, et qu'une opération semblait seule capable de sauver ce malade, M. Boiffin fit la laparotomie latérale droite, et trouva le gros intestin enclavé dans une tumeur inflammatoire dont il fit la resection ; puis il sutura par anastomose au côlon transverse le bout supérieur de l'intestin en rapport avec l'intestin grêle. Cette opération fut suivie d'un succès complet.

Nouveau bandage inguinal. — M. Berger présente un nouveau modèle de bandage inguinal, inventé pas M. le Dr Prevost (de Poissy). Il se compose d'une arcade métallique élastique ayant la forme de l'arcade pubienne, qui se fixe en avant du bassin ; à cette arcade sont appliquées perpendiculairement une ou deux tiges métallique (suivant que la hernie est simple ou double), lesquelles supportent les pelotes herniaires. Une sangle postérieure qui part des deux extrémités de l'arcade métallique, s'adapte autour des reins du malade et maintient les pelotes exactement appliquées sur la hernie, qui est parfaitement réduite. M. Berger a expérimenté plusieurs fois cet appareil, même dans des hernies difficiles à maintenir. Il a toujours constaté une réduction complète et durable.

Election. — M. Félizet est nommé membre titulaire de la Société de chirurgie.

H. M.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 avril 1891

Présidence de M. le Dr Labbé

Rage atténuée. — M. Laveran rapporte un cas de rage atténuée observé chez un soldat, mordu par un chien suspect, et soumis au traitement de M. Pasteur. Il s'agit d'un zouave, mordu à Constantine le 12 janvier 1891, au genou gauche, par un chien que l'on perdit de vue. Aucune cautérisation ne fut faite. Le lendemain il fut dirigé sur le Val-de-Grâce où il arriva le 21 janvier. A cette époque, la plaie du genou était cicatrisée, le patient ne présentait rien d'anormal. Le 22 janvier, les inoculations préventives furent commencées à l'Institut Pasteur. Le 30, il éprouve des malaises, une faiblesse générale, de l'insomnie, de l'anorexie, de la tristesse ; pas de fièvre. Le 31, la morsure du genou devient douloureuse ; des élancements partent de la cicatrice et irradient dans toute la jambe ; on note une hypéresthésie marquée de la peau du genou autour de la blessure et une grande faiblesse des membres inférieurs. Cette faiblesse augmente les jours suivants, au point que le malade ne pouvait plus ni se lever ni marcher. Il existe de la gêne de la déglutition, mais pas d'hydrophobie. Ces symptômes inquiétants faisaient craindre pour l'issue de la maladie, car ils rappelaient ceux de la rage à forme paralytique. Les inoculations furent suspendues et M. Laveran prescrivit l'analgésine, le chloral, les injections de morphine. L'état du malade resta grave jusqu'au 8 février ; puis les douleurs disparurent progressivement dans les membres inférieurs, les forces revinrent, la marche fut possible. Le 20 février, on recommença les inoculations qui furent bien supportées. Le 14 mars, ce malade quittait le Val-de-Grâce en congé de con-

Digitized by Google

valescence, et depuis il n'a présenté aucun phénomène morbide.

Il n'est pas douteux que cet homme ait présenté des symptômes de rage atténuée. Cette forme de rage est-elle la rage du chien, atténuée par le traitement préventif, ou bien a-t-elle été causée directement par les inoculations? M. Laveran écarte cette dernière hypothèse, car on sait que les inoculés ne présentent aucun symptôme morbide par le fait de leurs inoculations; celles-ci ne sont jamais douloureuses; tandis qu'au début de la rage des rues, il est fréquent de voir les malades se plaindre de douleurs vives partant de leur ancienne blessure et irradiant dans diverses directions. En résumé, M. Laveran considère cette affection comme un cas de rage ordinaire, atténuée par la méthode des inoculations préventives.

M. Chantemesse a observé chez M. Pasteur des faits semblables de rage caractérisée et guérie par les inoculations. Celle-ci peut rester à l'état latent et eclater sous l'influence d'un traumatisme longtemps après la morsure. Un homme fait une chute sur la tête trois ans après avoir subi les inoculations pour une morsure de chien; la rage se déclare et entraine la mort. Après autopsie, M. Chantemesse constate la virulence du bulbe de cet individu.

Les névrites rabiques sont fréquentes chez les mordus: leurs prodromes sont lointains, les douleurs se réveillent au niveau de la morsure longtemps avant que la rage soit confirmée. Ces malades guérissent sous l'influence de nouvelles inoculations.

Une femme est mordue, en janvier 1890, à la paupière et au nez par un chien enragé. Cinq jours après, on commence les injections. Dix-huit jours après l'accident, des douleurs apparaissent dans la paupière: hypéresthésie cutanée autour de la blessure; anesthésie de la conjonctive oculaire; irradiations douloureuses dans le territoire du trijumeau. Les jours suivants, on note de l'amaigrissement, de la céphalée, de la raideur de la nuque, des irrégularités du pouls, des vomissements et enfin des spasmes au moment des piqûres. Quelques jours se passent, puis les symptômes s'atténuent pour reparaître un mois après avec plus d'intensité. Il existait en plus des phénomènes précédents, de l'aérophobie, de la suffocation, une terreur manifeste de l'eau. Ces troubles bulbaires annonçaient une gravité spéciale de la maladie.

Néanmoins, les inoculations furent continuées, et la malade guérie est présentée à la Société par M. Chantemesse.

On connait aujourd'hui beaucoup d'autres cas semblables. Les névrites rabiques fournissent une indication précieuse de recommencer le traitement, et, dans ces conditions, on peut encore sauver les malades.

M. Babinski signale une cause d'erreur possible dans l'appréciation de ces faits. Il a vu, à la Salpêtrière, une malade mordue au bras droit par un chien suspect, éprouvant au niveau de son ancienne blessure des douleurs irradiées dans le bras avec paralysie légère du membre. On pouvait penser qu'il s'agissait de phénomènes rabiques; cependant, cette malade était hystérique, et c'est à l'hystérie qu'il fallait imputer ces phénomènes nerveux ainsi que la suite le démontra.

La malade de M. Chantemesse a eu des crises nerveuses, elle a un rétrécissement du champ visuel, elle est hystérique. Ne pourrait-on rattacher ces douleurs à l'hystérie?

M. Chantemesse. — Cette malade est hystérique, mais elle a eu d'autres phénomènes concomitants qui ne permettent pas de douter de l'origine rabique de certains de ces accidents.

M. Raymond. — Dans certains cas, il est difficile de distinguer la rage des phénomènes nerveux qui la simulent chez des individus connaissant eux-mêmes les symptômes de la rage; c'est ce que l'on a décrit sous le nom d'hydrophobie nerveuse. La marche seule de la maladie indique la nature des accidents.

Du bleu de méthylène comme analgésique. — M. Galliard, à l'exemple d'Erlich, de Combemale et François, a essayé ce médicament pour combattre l'élément douleur. Il l'a employé, aux doses de 0 gr. 10 à 0 gr. 40 par jour, pendant deux jours. Les résultats obtenus n'ont pas été très favorables. Dans quatre cas de névralgies bien localisées, les douleurs ont été atténuées, mais n'ont pas disparu; chez sept autres malades atteints de céphalalgie, les résultats ont été fort douteux. De plus, quelques-uns ont eu des nausées, des vomissements, de l'albuminurie. Il ne semble donc pas que le bleu de méthylène soit appelé à un grand avenir comme médicament nervin.

Dr H. Marciguey.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 avril 1891

Présidence de M. le Dr Tarnier

De la microbicidine. — M. Polaillon lit un rapport sur un travail de M. Berlioz (de Grenoble) sur cette substance. La microbicidine est une combinaison de naphtol et de soude Son pouvoir antiseptique est dix fois plus grand que celui du phénol et vingt-huit fois plus considérable que celui de l'acide borique. Son pouvoir toxique, expérimenté sur les lapins et les cobayes, est de 0 gr. 164 en injections intra-veineuses et de 0 gr. 35 en injections sous-cutanées pour un kilogramme du poids de l'animal. La solubilité de la microbicidine dans l'eau est considérable: un fragment se dissous dans trois centimètres cubes d'eau. La microbicidine n'est pas caustique, elle n'irrite pas les plaies, elle n'abime pas les instruments. Elle s'emploie en solutions aqueuses à 5 0/00 (solution forte) et à 3 0/00.

M. Berger présente un malade qu'il a opéré avec succès d'une exstrophie de la vessie et d'un épispadias complet.

De la dépopulation de la France. — M. Leroy de Méricourt approuve MM. Guéniot et Marjolin qui demandent le rétablissement des tours. Tout en reconnaissant l'utilité des tours, il reconnait les services que peut rendre le bureau secret. Mais le mécanisme du tour assure le secret absolu. Le tour ne mérite pas les reproches qu'on lui a adressés. Il est supérieur au bureau secret qui est tenu par un fonctionnaire jouant un rôle actif dans le dépôt de l'enfant. Le tour n'est pas meurtrier: l'enfant ne peut s'y refroidir, si le service de surveillance est bien installé.

Si les dépenses causées par le tour sont considérables, comme le dit M. Roussel, comment se fait-il que celui-ci prétende que 90 0/0 des enfants mis dans le tour succombent? De plus, M. Roussel ne dit pas la cause de cette mortalité excessive.

Il y a une cause puissante de dépopulation, bien plus importante que le tour, c'est la restriction volontaire qui tient surtout à la démoralisation des masses et à l'éducation laïque des filles. Nous ne pouvons rien contre cette restriction.

Il est certain que la fille qui abandonne son enfant dans le tour pourra le reprendre plus tard, si elle a le soin de faire sur les objets enveloppant l'enfant une marque quelconque. Le rétablissement du tour diminuera les infanticides et la mortalité des nouveau-nés.

Le bureau ouvert peut rendre des services, mais pas dans les petites villes.

M. Leroy de Méricourt demande que la femme enceinte puisse accoucher en secret, et il désire que les femmes enceintes puissent entrer avant leur accouchement dans des refuges secrets. Il ne se dissimule pas qu'on rencontrera des difficultés budgétaires.

M. Dujardin-Beaumetz pense que l'Académie doit être éclai-

Digitized by Google

rée sur la question. Il demande seulement que la loi sur les Enfants assistés, élaborée par le Conseil supérieur de l'Assistance publique, soit soumise aux pouvoirs publics dans le plus bref délai. Il se plaint qu'actuellement chaque département pourra agir à sa guise quand il s'agit de l'abandon des enfants. Actuellement, c'est Paris qui reçoit la plus grande partie des enfants abandonnés

Il ne faut pas se laisser entrainer par la sentimentalité. La question du secret n'est que très secondaire. Sur 3,500 abandons, 10 fois seulement le secret a été exigé. Dès qu'une femme accouche devant quelqu'un, elle ne commet pas d'infanticide. En 1849, sur 129 infanticides, 125 fois la femme avait accouché seule.

La misère joue un grand rôle dans l'abandon des enfants. Le bureau secret est bon dans ces cas. Les enfants élevés par la mère, secourue par l'Assistance publique, présentent moins de mortalité que les enfants assistés. Sur 100 enfants recueillis par l'Assistance publique, il n'en reste que 30 à 21 ans.

Pour M. Guéniot, l'accouchement secret n'existe pas en France. Il serait indispensable d'avoir, pour les femmes qui le réclament, un service spécial et des chambres isolées. Actuellement l'administration s'efforce d'empêcher l'abandon des enfants en offrant des secours à la mère, de 20 à 30 fr. par mois. Que peuvent-elles faire avec ce secours ?

Loin d'inviter les femmes à garder leur enfant, il faudrait les encourager à l'abandonner par l'accouchement secret et le rétablissement des tours.

Contrairement à M. Dujardin Beaumetz, il montre que chez les enfants confiés à l'Administration, la mortalité, de 0 à 1 an, n'est que de 13,7 0/0, alors qu'en 1889 sur 5 558 enfants secourus et nourris par leur mère, la mortalité a été de 24 0/0 au minimum. Les enfants abandonnés fournissent une plus faible proportion de criminels et de prostituées que les enfants secourus.

Quant à la dépense, elle serait peu considérable si on rétablissait les tours et, du reste, on ferait des économies sur d'autres chapitres.

M. Lefort pense que le tour, le bureau secret et les secours remplissent tous certaines indications. Mais il faut bien savoir que le bureau secret est une utopie. Jamais les femmes qui tiennent au secret n'y auraient recours. Il faut conserver ces trois moyens de venir au secours des femmes enceintes. M. Lefort propose que les filles et les femmes désirant cacher leur grossesse puissent être hospitalisées et accouchées en secret. Il demande le rétablissement du tour, le bureau secret et la distribution des secours aux mères nécessiteuses.

M. Rochard fait observer que le bureau ne sera jamais secret dans les petites villes. Il n'accepte le bureau que si le secret est absolument garanti. Mais il ne peut se défendre d'une prédilection pour le tour. F. R.

LES JOURNAUX DE LA SEMAINE

La Faculté municipale de médecine de Marseille. — On lit dans le *Petit Provençal*, à propos de la décision récente du Conseil municipal de Marseille :

1° Il sera institué à Marseille une Faculté municipale de médecine et de pharmacie, dont la durée est fixée à 30 ans ; 2° Le budget, au compte de la ville, ne sera pas supérieur à 345,600 francs, ni inférieur à 305,600 fr. ; 3° La Faculté occupera le château du Pharo ainsi que l'institut annexé à ce bâtiment, conformément aux plans et devis dressés à la date du 25 février 1891. La ville pourvoira lesdits locaux ; 4° La ville fournira les cliniques indispensables à l'enseignement. Ces cliniques seront organisées à l'Hôtel-Dieu et, si besoin, à la Charité. Le concours de la ville, pour cette organisation, est fixé à deux cent cinquante mille francs ; 5° L'ouverture de la Faculté aura lieu dès l'achèvement et l'aménagement du Pharo ; 6° Après l'achèvement de l'Institut anatomique, l'amphithéâtre de la rue Montée Saint-Esprit sera destiné au service des autopsies ; 7° Le jardin botanique au parc Borély fera retour au service des plantations ; 8° Les plans, devis et cahiers des charges seront dressés par M. Huot, architecte en chef de la ville.

On lit, d'autre part, dans le *Progrès médical* du 25 avril courant :

Enfin, l'affaire est faite ! Marseille aura la gloire d'avoir, la première en France, une *Faculté municipale de médecine* ! Voilà qui va donner singulièrement à réfléchir aux conseillers municipaux de Paris, la ville-lumière, la ville du progrès !

Les Marseillais, qu'on critique parfois, ont du bon. Certes, ils ont l'esprit alerte, l'enthousiasme facile, la décision prompte ; mais au moins ils marchent et c'est une qualité. Ils ont compris que pour avoir, dans leur belle ville, une Faculté de médecine, le plus simple était certainement de ne compter sur personne. L'Etat leur filant dans la main, voulant à tout prix conserver à la rivale d'à côté d'anciennes prérogatives justifiées d'ailleurs par des siècles de gloire, les conseillers municipaux de Marseille ont décidé de tout créer par eux-mêmes. Qu'ils ont donc eu raison ! Ils trouveront facilement auprès de leurs riches concitoyens un appui pécuniaire plus que suffisant. Ils sont certains, d'autre part, en raison de leur vaillante initiative, de l'appui moral de tous les médecins français et de la presse scientifique tout entière. Pour nous, nous leur adressons dès aujourd'hui nos plus vives félicitations.

Quel exemple pour Paris, qui, apathique, indécis, flottant sur une mer d'avis et de rapports inutiles, n'a rien fait et ne fait, en ce moment, rien de bon en ce qui touche cette question ! Au lieu de passer leur temps à la Faculté, aux ministères, nos conseillers feraient mieux de suivre dès demain l'exemple de leurs collègues de Marseille, puisqu'ils ne peuvent plus désormais arriver bons premiers. Il serait si simple, au lieu d'attendre l'assentiment de corporations qui ont tout avantage à ne rien changer à l'état actuel des choses, pour qui l'intérêt des élèves ne vient qu'après l'intérêt personnel (c'est une loi humaine !), il serait si simple, disons-nous, de tenter de suite ce qu'a si souvent ici répété le directeur de ce journal, le promoteur reconnu des réformes de ce genre.

INFORMATIONS

PARIS

Société française d'ophtalmologie. — La réunion de 1891 aura lieu le 4 mai prochain.

ÉTRANGER

Allemagne. — **Société allemande d'ophtalmologie.** — La prochaine réunion annuelle aura lieu à Hentilberg du 13 au 15 septembre prochain.

Etats-Unis. — **Congrès des médecins et chirurgiens américains.** — La deuxième session aura lieu à Washington du 22 au 25 septembre prochain.

Italie. — **Statistique obituaire.** — De 1862 à 1866, la mortalité a été de 30,06 pour 1000 ; de 1883 à 1887, de 27,7 et en 1889, de 25,6. La mortalité infantile et par maladies infectieuses a éprouvé une diminution inférieure à celle que l'on a observée dans les autres contrées européennes.

Nouvelles Galles du Sud. — **La déclaration obligatoire de la lèpre.** Le gouvernement vient de décider que la déclaration des cas de lèpre sera obligatoire pour tout médecin sous

Digitized by Google

peine d'une amende de 10 à 50 livres sterling. De plus, des lazarets seront ouverts pour recevoir les lépreux. Enfin, des penalités sévères sont exercées contre les personnes qui feront infraction à cette réglementation.

NOUVELLES MILITAIRES

FRANCE

Nomination dans le corps de santé de la marine (Activité). — *Au grade de médecin de 2e classe* : M. Debergue, médecin auxiliaire de 2e classe.

Récompenses honorifiques. — Par arrêté ministériel du 16 avril 1891, des médailles d'honneur ont été accordées :

Médailles d'argent à MM. les médecins-majors de 2e classe Schoull et Bernardy.

Médailles de bronze à M. Achard, caporal de visite ; MM. Laurence et Grange, soldats infirmiers.

VARIÉTÉS

Cure de pommes de terre. — Il s'agit de corps étrangers œsophagiens expulsés par l'ingestion de grandes quantités de pommes de terre. M. Duong rapporte, dans le *Poitou médical*, les faits suivants :

« La première observation concerne un enfant de 14 ans qui, en mangeant ce que l'on appelle des guignettes, c'est-à-dire des littorines (hélix maritime), avale une grosse épingle dont il se servait pour enlever l'animal de sa coquille. Je fis donner immédiatement de la purée de pomme de terre en grande quantité et, pendant tout le jour, l'enfant ne prit rien autre. Dès le lendemain, après des selles très copieuses, l'épingle fut retrouvée.

» La seconde observation concerne un enfant de 11 ans qui, en s'amusant, avait avalé un bouton de cuivre, de ces gros boutons de tunique de collégiens. Même traitement que ci-dessus, l'enfant restant couché sur le côté droit. Dans ce cas, il m'était facile de suivre le mouvement de descente du bouton par la douleur qu'accusait l'enfant à la pression. Cette douleur siégea pendant 24 heures environ dans la région ombilicale, puis dans la région inguinale droite pendant quelques heures, puis dans la gauche. Ce n'est que le troisième jour que le bouton fut rendu au milieu de selles extrêmement copieuses.

» La troisième observation concerne un enfant de 2 ans 1/2 que l'on soupçonnait d'avoir avalé une bille. Même traitement que précédemment, sauf que je remplaçai la bouillie de pommes de terre par de la panade très épaisse. On n'a rien trouvé dans les selles : peut-être l'enfant n'avait-il rien avalé ; mais le traitement me paraît tellement inoffensif que je n'ai pas craint de le recommander. »

Hérédité syphilitique. — Sur 500 ménages syphilitiques, M. Fournier a constaté que dans 223, l'hérédité ne s'était pas manifestée. Ces 500 ménages ont donné 1127 grossesses, dont 527 se sont terminées par la mort ou l'avortement.

Il y a donc eu 42 de ces décès sur 100 grossesses par le fait de la syphilis. Ce chiffre s'élève à 86 dans des conditions mauvaises, comme on le constate par exemple sur les malades hospitalisées à Lourcine.

NÉCROLOGIE

En France : M. les Drs J. Michel (de Paris); Volonzac (de Marcillac) et Mouronval (de Miraumont).

En Espagne : M. le Dr Bull, professeur de clinique infantile à la Faculté de Barcelone.

En Grèce : M. le Dr Pappajohanna, professeur d'anatomie à la Faculté d'Athènes.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

ANNENDALE (T.). — Les torticolis ; leurs variétés et leur traitement (*Edimburgh Med Journal*, avril 1891, p 881).

BOND. — Du traitement des kystes hydatiques par l'incision et l'évacuation sans drainage (*The Brit. Med. Journal*, 11 avril 1891).

CALLIONZIS. — Considérations sur quatre cas de calculs de la vessie chez les enfants (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, avril 1891, p. 252).

CONSTANTINITIS. — Observations sur une tumeur de la base du crâne (*Gaz. Méd. d'Orient*, 31 mars 1891).

DAVIS. — De l'intervention opératoire dans la péritonite aiguë suppurée (*The N.-York Med. Journal*, 4 avril 1891).

DEBERSAQUES. — Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique et de la pathogénie du pied-bot congénital (*Annales de la Société de médecine de Gand*, février 1891, p. 33).

DUBRUEIL. — Epiplocèle inguinale étranglée avec coincidence d'un kyste du cordon (*Gaz. hebd. des Sciences méd. de Montpellier*, 28 mars 1891).

DURY. — Etude sur les déviations de la colonne vertébrale (*Annales de la Société médico-chirurgicale de Liége*, mars 1891).

DUNCAN (J.). — Rétrécissement de l'œsophage, gastrotomie (*Edimburgh Med. Journal*, avril 1891, p. 885).

GRANVILLE BANTOCK. — De l'importance de la gonorrhée comme origine des inflammations pelviennes (*The Brit. Med. Journal*, 4 avril 1891, p. 749).

HOVARD HAUSELL. — Etude clinique sur le diagnostic et le traitement de l'hyperphorie (*The American Journal of the med. sciences*, avril 1891, p. 377).

KONIG. — Traitement consécutif des pleurésies purulentes (*Berlin Klin. Worth*, 1891, p. 251).

LACAZE. — Un cas de gros fibrôme du maxillaire supérieur (*Montpellier Méd.*, 16 avril 1891).

LATIS. — Contribution à l'étude de la résorption du catgut (*Riforma medica*, 18 mars 1891).

LUC. — Un cas d'empyème de l'antre d'Higmore dû au streptocoque de l'érysipèle (*Archives de laryngologie, de rhinologie et d'otologie*, mars-avril 1891, p. 73).

MARMADUKE SHEILD. — Rapport entre les maladies du nez et celles de l'oreille (*The Lancet*, 28 mars 1891).

MORRIS (R.). — Néphroraphie et rein mobile (*The N.-York Med. Journal*, 4 avril 1891).

POUSSON (A.). — Etude clinique sur vingt-deux observations d'uréthrotomie interne (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, avril 1891, p. 205).

ROLLET (E.). — Note sur le décollement juxta-épiphysaire traumatique de l'extrémité supérieure de l'humérus (*Lyon Méd.*, 29 mars 1891).

ROLPH SEISS. — Traitement de l'inflammation de la trompe d'Eustache (*The American Journal of the med. sciences*, avril 1891, p. 345).

TERRIER. — Traitement chirurgical de la pleurésie purulente par la pleurotomie antiseptique sans lavage (*Le Progrès Médical*, 18 avril 1891).

THIÉRY. — De la circoncision envisagée principalement chez l'adulte (*Gaz. Méd. de Paris*, 18 avril 1891).

WATSON CHEYNE (W.). — De la pathologie des affections tuberculeuses des os et des articulations (*The Brit. Med. Journal*, 4 avril 1891, p. 739).

Le Directeur-gérant : HENRI HUCHARD.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE N° 18 (NUMÉRO SUPPLÉMENTAIRE) 4 MAI 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, BÉCLÈRE, BROCQ, DEMELIN, DU CASTEL, GINGEOT, Charles MAURIAC, PICQUÉ, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Hôpital Bichat. — M. le Dr Henri HUCHARD

La thérapeutique pathogénique

(*Leçon d'ouverture du dimanche* 3 *mai* 1891)

Messieurs, il était autrefois de coutume de disserter, à l'ouverture d'un cours, sur les choses de la médecine. Permettez-moi d'agir plus simplement, et d'entrer immédiatement dans mon sujet par la citation de quelques exemples cliniques qui pourront me servir, en quelque sorte, de profession de foi thérapeutique.

Vous avez vu, il y a quelques semaines, un malade présentant, du côté du cœur, des signes caractérisés par une légère arythmie et par la présence d'un souffle assez fort à l'orifice mitral. Pour des raisons que je vous ai indiquées et sur lesquelles je reviendrai lorsque je traiterai devant vous cette grande question des cardiopathies artérielles, cet homme, malgré son souffle mitral, est un aortique, un artériel, en un mot. Les artères sont dures et sinueuses, elles battent avec violence au niveau du cou, le pouls un peu irrégulier est fort et vibrant, l'aorte est dilatée, ce que nous avons constaté par l'augmentation de sa matité et par l'élévation des sous-clavières; enfin, il existe à la base du cœur un léger prolongement du premier bruit, et un retentissement diastolique des plus nets. Il s'agit donc d'une cardiopathie artérielle, ce qui veut dire : maladie du cœur consécutive à la lésion de ses vaisseaux nourriciers.

Mais, ce qui a frappé le plus votre attention, c'est une dyspnée assez intense, paroxystique, survenant sous l'influence de la marche, d'un mouvement, du moindre effort. Cette gêne de la respiration — *dyspnée d'effort* comme elle a été appelée — a été admirablement décrite par Corvisart, au commencement de ce siècle : « Le moindre exercice, dit-il, cause un essoufflement accablant; de temps en temps le malade est forcé, pour respirer plus facilement, de suspendre sa marche, surtout quand il monte un escalier. »

Notre malade est tellement incommodé de cette oppression qu'il est venu à l'hôpital pour en être délivré. Et cependant, au premier abord, il n'y a rien pour l'expliquer : à la base des deux poumons, vous constatez à peine quelques râles sous-crépitants; il n'y a pas, il n'y a jamais eu d'albumine dans les urines; le choc de la pointe du cœur est sans doute un peu affaibli, il y a un très léger œdème prétibial; mais cet état d'hyposystolie, comme je l'appelle, n'est certes pas suffisant pour rendre compte de cette oppression. Enfin, il n'y a jamais eu aucun symptôme cérébral. Donc, cette dyspnée ne venait ni du cœur, qui présentait ses dimensions normales quoique un peu agrandies, ni du rein, ni du poumon, ni du cerveau. Elle était due à un état d'imperméabilité relative du rein qui éliminait incomplètement les toxines développées ou introduites dans le tube digestif, en vertu de cette loi que j'ai formulée et que je vous rappelle :

L'insuffisance rénale est un symptôme PRÉCOCE *et presque constant de toutes les cardiopathies artérielles, même en l'absence d'albuminurie.*

Vous en avez eu la preuve dans le succès de la médication qui a consisté à prescrire un régime alimentaire d'où étaient exclues toutes les substances renfermant des toxines ou des ptomaïnes (viandes, bouillons et potages gras qui sont de véritables décoctions de ptomaïnes, poissons, fromages faits, charcuterie, etc.). Le régime lacté absolu, à la dose de 3 à 4 litres par jour, remplissait ces conditions, et en moins de trois jours, il faisait disparaître cette dyspnée *toxique* ou *ptomaïnique*.

Il y a quelque temps, je voyais un malade, un cardio-rénal, artério-scléreux encore, atteint d'insuffisance aortique avec albuminurie abondante. Il était entré dans la période urémique, et présentait du délire, de la diarrhée profuse, et un état dyspnéique caractérisé par la respiration de Cheyne-Stokes. Ici, la dyspnée était toxique également, mais elle appartenait au genre des dyspnées urémiques. Par conséquent, la médication dirigée contre l'urémie, devait avoir raison, si elle réussissait, de la dyspnée dont ce malade souffrait. J'ai respecté sa diarrhée, je lui ai même prescrit un purgatif pour provoquer une sorte de diurèse intestinale, des lavements froids pour activer ses fonctions hépatiques, des antiseptiques intestinaux (bétol et salol à la dose d'un gramme deux ou trois fois par jour) pour diminuer d'autant la source de l'intoxication intestinale, le régime lacté exclusif pour réduire au minimum l'abondance des toxines alimentaires introduites dans le tube digestif, une saignée générale pour soustraire au sang le plus de principes toxiques. Sous l'influence de cette médication, les accidents dyspnéiques se dissipèrent assez promptement, en même temps que disparurent les complications urémiques. Ce malade était un cardio-rénal, mais il était plus rénal que cardiaque, et c'est en rétablissant les fonctions du rein que nous avons triomphé de sa dyspnée. Celle-ci, qui présente beaucoup d'analogie avec la précédente, mais qui ne doit pas être clinique-

Digitized by Google

ment confondue avec elle, était réellement d'origine *urémique*.

L'an dernier, je montrais aux élèves du service, un malade atteint de cardiopathie valvulaire (insuffisance et rétrécissement mitral). C'était encore un dyspnéique; mais il était en pleine asystolie, et la dyspnée était sub-continue avec de rares crises paroxystiques. L'œdème des membres inférieurs était peu accentué, mais il y avait une congestion assez intense des deux bases pulmonaires, et ce qui frappait l'attention, c'était la congestion énorme du foie, c'était encore la présence de battements hépatiques, indice d'une insuffisance tricuspide fonctionnelle. Ce malade faisait de l'asystolie dans son foie, et cet organe dépurateur des poisons ne remplissait plus qu'incomplètement ses fonctions. Pour vaincre l'asystolie et la dyspnée qui en était la conséquence, il fallait instituer une médication hépatique. Dans ce but, j'ai prescrit des lavements froids, l'application de ventouses scarifiées sur la région hépatique, l'administration de cachets cholagogues (benzoate, salicylate de soude et poudre de rhubarbe, de chaque 30 centigrammes, deux ou trois fois par jour) et d'un cachet purgatif composé de 50 centigr. de calomel et de résine de scammonée. Sous l'influence de cette médication, le foie a diminué de volume, les signes de congestion pulmonaire se sont atténués, et sans même prescrire de digitale, on vit disparaître la dilatation des cavités droites du cœur qui avait sa source, non seulement dans la lésion valvulaire, mais aussi dans l'état congestif du foie, les symptômes asystoliques et avec eux l'état dyspnéique. Ce malade était donc un cardio-hépatique, plus hépatique que cardiaque, et c'est en nous adressant au trouble fonctionnel de son foie que nous avons eu raison de sa dyspnée. Celle-ci était d'origine cardiaque, je le veux bien, mais elle était surtout de provenance hépatique. En un mot, il s'agissait d'une *dyspnée cardio-hépatique*.

Il y a quelques semaines, je vous ai montré une malade atteinte, elle aussi, de cardiopathie valvulaire. Ici, le foie était indemne, les reins paraissaient assez bien fonctionner, et il n'y avait pas d'albumine dans les urines; mais l'appareil pulmonaire était le siège d'une congestion intense, il y avait des râles sous-crépitants qui remontaient jusqu'à la partie moyenne de la poitrine; les membres inférieurs étaient le siège d'un œdème assez considérable; le cœur, où nous avons constaté un léger roulement présystolique, battait faiblement, mollement; le choc précordial était à peine senti.... Ici, nous étions en présence d'une dyspnée cardio-pulmonaire par rupture de compensation de la lésion cardiaque, d'un véritable état asystolique, mieux appelé asthénie cardio-vasculaire. C'est donc la médication anti-asystolique qui a dû faire tous les frais de la médication. Alors, nous avons prescrit la digitale, et suivant nos principes, avant son administration, nous avons ordonné le repos, un purgatif, le laitage pendant plusieurs jours; puis, après avoir ainsi ouvert les voies à la digitale, nous avons administré celle-ci à dose massive en une seule fois, et pendant un seul jour (50 gouttes de solution de digitaline cristallisée au millième, c'est-à-dire un milligramme de digitaline cristallisée qui équivaut à 4 ou 5 milligr. de digitaline amorphe). Une diurèse abondante survint, l'œdème des membres inférieurs disparut, les battements du cœur se régularisèrent et devinrent plus forts, les symptômes congestifs du poumon disparurent, et avec eux cette dyspnée subcontinue qui était ici, d'origine *cardio-pulmonaire*.

Vous avez vu, cette femme du n° 8 de la salle Louis. Les lèvres cyanosées et bleuâtres, la face d'un rouge sombre, elle se tenait sur son séant en proie à une anxiété respiratoire des plus grandes. Depuis quelques jours, elle était atteinte de cette dyspnée, et à la voir ainsi, avec un pouls petit et misérable, avec cette respiration haletante, avec ces phénomènes de cyanose et de refroidissement des extrémités, vous aviez fait un pronostic grave et d'autant plus grave que je vous apprenais que chez cette malade, la digitale et tous les toniques du cœur avaient toujours été inefficaces. Car je la connaissais de longue date, et dans les thèses de mes élèves, de M. Courtade sur « l'emploi de la digitale », et de M. Thierry sur « la saignée dans les maladies du cœur et de l'aorte », vous lirez la description des mêmes accidents. Il y a quatre ans, comme aujourd'hui, les mêmes phénomènes, plus graves encore, reconnaissaient pour cause un cœur graisseux chez une femme obèse, et comme aujourd'hui, une dilatation rapide des cavités cardiaques sous l'effort et l'accumulation du liquide sanguin. Vous lirez qu'alors plusieurs larges saignées de 400 à 500 grammes firent disparaître et la dyspnée et la cyanose. De même, une saignée de 400 grammes produisit cette fois encore des effets remarquables et conjura un péril imminent. Mais aujourd'hui, la scène morbide s'est compliquée d'une lésion hépatique : le foie est gros, dur, sclérosé, sujet à des augmentations de volume et à des congestions rapides qui retentissent sur les cavités droites du cœur et qui contribuent pour une grande part à produire leur dilatation.

Voyez l'action différente de la saignée dans les différents cas. Tout à l'heure, dans la dyspnée *toxique*, elle agissait par la soustraction d'un liquide sanguin plus ou moins adultéré; ici, dans cette dyspnée cardiaque mécanique, elle a agi autrement, par la soustraction du sang, dont l'accumulation dans les cavités droites du cœur était capable de gêner et de paralyser ses mouvements et ses contractions. La dyspnée rappelait assez bien les accidents pulmonaires formidables (gravido-cardiaques) qui surviennent chez les cardiopathes au milieu de leur grossesse et qui sont promptement réprimés par une large saignée; elle avait son siège dans le cœur qui s'était promptement dilaté: il s'agissait d'une *dyspnée cardiaque*.

Au n° 10 de la salle des hommes, vous voyez encore aujourd'hui cet athéromateux, âgé d'une soixantaine d'années, avec des varices considérables des membres inférieurs, ce qui montre une fois de plus, comme je l'ai prouvé, que l'altération du système vasculaire n'est pas

Digitized by Google

limitée aux artères, mais qu'il s'étend aux veines et se généralise à tout l'appareil vasculaire, ce qui prouve qu'il s'agit, non d'une artério-sclérose, mais d'une angio-sclérose. Cet homme est atteint d'aortite chronique avec dilatation de l'aorte, élévation de la sous-clavière droite et battements considérables des artères du cou, surtout à droite. Tout à coup, d'une façon paroxystique, survient un accès de dyspnée d'une violence extrême qui revient périodiquement tous les jours, presque à la même heure, et qui ne cesse ou s'atténue qu'après une injection de morphine. Ici, rien en apparence pour l'expliquer : le cœur bat normalement, les poumons sont indemnes, les reins et le foie fonctionnent régulièrement, le régime lacté est sans action, la digitale sans efficacité, la saignée est contre-indiquée chez cet homme pâle et atteint d'anémie cérébrale. Qu'est-ce à dire? Il ne s'agit pas ici d'un cardiaque, mais d'un vasculaire, et j'estime qu'un assez grand nombre de pseudo-asthmes aortiques sont d'origine bulbaire. Car, cette forme de dyspnée est plus rare dans les insuffisances aortiques endocardiques que dans les insuffisances d'origine endartérique où la lésion vasculaire n'est pas seulement limitée à la crosse de l'aorte et peut atteindre les vaisseaux du bulbe. Donc, cette dyspnée est *cérébrale*, comme est cérébrale également la respiration de Cheyne-Stokes que l'on a tort d'assimiler toujours à un accident urémique. Pour l'atténuer, — mais non pour la faire disparaître toujours, — je ne connais pas de meilleur moyen que la morphine en injections sous-cutanées, et cela malgré l'assertion contraire de Traube et de Bernheim qui lui ont à tort attribué l'inconvénient de provoquer ou d'augmenter cet état dyspnéique.

Je trouve la preuve de tout ce que j'avance dans l'histoire d'un homme de 45 ans que je viens d'observer en ville. Il y a un an, ce malade, atteint d'aortite chronique avec dilatation de l'aorte et insuffisance aortique artérielle, venait me consulter pour une dyspnée d'effort qu'il éprouvait depuis quelques mois. Cette dyspnée était d'origine toxique, ou plutôt ptomaïnique. J'en ai eu la preuve dans sa disparition rapide par l'emploi du régime lacté absolu. Pendant six mois, la situation est restée des plus satisfaisantes; mais ce malade se remit à fumer, à manger de la viande, à surmener son cœur et ses vaisseaux. Je constatai, il y a un mois, les signes d'un épanchement pleural gauche avec frottements pleuraux du côté opposé, et aussi ceux d'une congestion passive des deux bases pulmonaires. Un jour, subitement, la dyspnée qui avait pris peu à peu le caractère de Cheyne-Stokes, devient menaçante; rapidement, en une nuit, l'épanchement avait augmenté, le pouls était devenu faible, les contractions du cœur étaient à peine appréciables, il y avait des accès de suffocation, et le péril était imminent. C'est alors que je pratiquai la thoracentèse, et que je retirai 1,600 grammes d'un liquide franchement hémorrhagique. Ces faits, ne sont pas rares, et les artério-scléreux sont sujets à des pleurésies hémorrhagiques, dues à la présence de néo-membranes qui, par leur rupture, peuvent donner lieu rapidement à une sorte d'inondation sanguine de la plèvre. Il faut être prévenu de ces accidents pour agir rapidement, comme je l'ai fait. Mais, si cette thoracentèse hâtive a bien pu faire disparaître les accès menaçants d'oppression, elle a laissé subsister la respiration de Cheyne-Stokes contre laquelle le régime lacté, la digitale, et tous les toniques du cœur ont été également impuissants. Le malade finit par succomber, après avoir offert dans l'espace d'un mois plusieurs genres de dyspnée — dyspnées toxique, cardiaque, mécanique et cérébrale — pour lesquelles l'indication thérapeutique a été différente.

Je ne prétends pas dire que tous les pseudo-asthmes aortiques sont d'origine bulbaire, ce qui serait une grande exagération et une grave erreur. Car, chez les aortiques avec dilatation ou anévrysme de l'aorte, il y a des dyspnées *mécaniques* par compression des voies aériennes, peut-être des dyspnées *nerveuses* par compression ou altération consécutive des nerf vagues, des dyspnées *organiques* par emphysème pulmonaire assez fréquent chez ces malades ; il y a encore, comme je l'ai démontré il y a un an à la Société médicale des Hôpitaux, un autre genre de dyspnée qui survient brusquement, qui peut emporter les malades en quelques jours ou en quelques heures, et qui est dû à la production rapide, parfois foudroyante d'un *œdème suraigu du poumon*. Cet œdème suraigu que l'on observe également dans le cours de la néphrite interstitielle, comme Bouveret (de Lyon) en a cité des exemples, est caractérisé par une dyspnée excessive avec menace d'asphyxie, par une expectoration albumineuse très abondante, et analogue à celle qui est consécutive à certaines thoracentèses trop copieuses, par des râles crépitants extrêmement fins qui envahissent promptement les deux poumons. Contre cette complication redoutable et souvent méconnue, la thérapeutique n'est pas absolument désarmée, et j'ai obtenu des guérisons presque inespérées par l'emploi de larges saignées. En Allemagne, Grossmann, s'appuyant sur l'antagonisme physiologique existant entre la muscarine qui produit souvent un œdème considérable du poumon, et l'atropine qui sèche et tarit les sécrétions, a eu l'idée d'employer ce dernier médicament contre cette redoutable complication. Mais, l'expérience nous prouve qu'il ne faut pas confondre antagonisme physiologique et antagonisme thérapeutique. J'ai prescrit l'atropine à mes malades atteints d'œdème aigu du poumon, et je suis arrivé à des résultats négatifs et presque toujours défavorables, parce que j'arrivais ainsi à supprimer les urines ou à diminuer leur abondance.

En vous citant tous ces faits, qu'ai-je voulu vous prouver?

Je vous ai mis en présence d'un même symptôme, la dyspnée, contre laquelle, suivant les cas, le régime lacté, la saignée, la digitale, la morphine, etc., ont agi favorablement. Ici, la dyspnée était toxique ou urémique; là, elle était mécanique ; plus loin, elle était cardiaque, cardio-pulmonaire, cardio-hépatique ou cardio-rénale ; plus loin encore, elle était cérébrale. Lorsqu'en thérapeutique, on prend un symptôme pour le combattre, on fait simplement de la médication *symptomatique*; mais ce n'est pas suffisant. Lorsqu'on s'attaque à la cause pour en faire disparaître l'effet, on réussit parfois dans

Digitized by Google

cette thérapeutique *étiologique*, mais ce n'est pas encore assez. Nous avons fait plus encore : nous avons étudié un symptôme, nous en avons cherché la cause et nous en avons scruté le mode de production; nous avons établi, en un mot, la physiologie de cette cause, c'est-à-dire que nous avons institué une médication *pathogénique*. Ainsi, je vous ai démontré qu'il n'y a pas un médicament antidyspnéique, mais qu'il y a des médications antidyspnéiques. Ainsi encore, j'ai obéi à l'indication thérapeutique que j'ai appelée naguère: la notion de l'opportunité médicamenteuse.

Je vous ai démontré, par la même occasion, l'importance, au double point de vue du diagnostic et du traitement, de l'élément dyspnéique dans les affections cardio-aortiques, importance bien supérieure à celle des palpitations qui ne constituent pas, comme on le croit, le symptôme habituel et presque obligé des cardiopathies. Mais, si vous m'avez entendu réunir, dans ce rapide exposé, les dyspnées aortiques et cardiaques, ce n'est pas, croyez-le bien, parce que je confonds les unes et les autres. C'est même pour éviter cette regrettable confusion que j'ai cité tous ces faits. Quand je vous parlerai des cardiopathies artérielles, et surtout, de ces cardiopathies à type valvulaire avec souffle mitral, par exemple, je vous en montrerai dans lesquelles l'élément dyspnéique peut être, tour à tour, soit d'*origine cardiaque* par asystolie et doit être traité par la digitale, soit d'*origine aortique* et doit être combattu par le régime lacté exclusif.

Cette manière d'envisager la question de la dyspnée chez les cardiaques me paraît bien plus intéressante, bien plus féconde en résultats pratiques que celle qui consiste à imaginer, pour expliquer la dyspnée cardiaque, une sorte de « rigidité et de turgescence pulmonaires » admise par Basch (de Vienne). Cette notion, du reste, très hypothétique de l'auteur allemand, n'a aucune portée pratique.

Poursuivons encore cette étude.

Vous avez vu, il y a quelques jours, cette femme de 23 ans, atteinte de tuberculose à la dernière période. Un matin, nous la trouvons dans son lit en état de mort apparente : le visage est pâle, livide, cyanique, couvert d'une sueur froide ; les extrémités sont algides ; incapable de faire un mouvement, dans un état de prostration extrême, elle respire à peine ; le pouls, presque insensible, est fréquent, misérable, incomptable ; les battements du cœur sont précipités, ondulants, comme s'il s'agissait de battements d'ailes d'oiseau (*flutterings* des Anglais) ; à l'auscultation, les bruits du cœur sont faibles, rapides, semblables par le timbre, séparés par deux petits silences égaux en durée ; en un mot, ils réalisent l'apparence de mouvements pendulaires, du « rythme fœtal des bruits du cœur » signalé par Stokes et que j'ai étudié et décrit sous le nom d'*embryocardie*. Rappelez-vous les trois caractères de ce syndrôme : 1° accélération des battements du cœur et tachycardie ; 2° similitude de timbre et d'intensité des deux bruits ; 3° égalisation en durée des deux silences. Pour que ce syndrôme existe réellement, la réunion simultanée de ces trois phénomènes est indispensable ; lorsque l'un d'eux est absent, il s'agit alors d'une fausse embryocardie. D'un autre côté, ne confondez pas, comme on le fait souvent, les mots : tachycardie et palpitations. Car, celles ci correspondent à un phénomène absolument subjectif, et pour vous faire comprendre la différence clinique qui les sépare, j'ai coutume de dire : on peut avoir de la tachycardie sans palpitations, ou des palpitations sans tachycardie.

Mais revenons à notre malade. Cet état embryocardique des battements du cœur n'était pas le seul symptôme observé ; il y avait encore du refroidissement des extrémités, de la cyanose, une sorte d'inertie musculaire invincible. Or, n'avez-vous pas là le tableau symptomatique des accidents que Wunderlich d'abord, et Griesinger ensuite, ont désignés sous le nom de collapsus? Vous les voyez subitement survenir dans le cours des maladies infectieuses, et surtout de la fièvre typhoïde, à la suite des diarrhées colliquatives, des hémorragies abondantes, des perforations des séreuses, et même après certaines réfrigérations provoquées dans un but thérapeutique. Mais, jusqu'ici, on n'avait pas su pénétrer le mécanisme intime de ce syndrôme, vraiment solennel par sa subite apparition et par le caractère de gravité qu'il comporte. « Le collapsus — dit Griesinger — tient essentiellement à la faiblesse du cœur, à la vacuité relative des artères, à la réplétion des veines, au ralentissement de la circulation, au défaut d'oxydation du sang... », et il ajoute : « en partie à des causes inconnues ».

Or, depuis mes recherches sur l'état de la tension artérielle dans les maladies, nous connaissons maintenant cette cause : elle ne réside pas seulement, comme le croyaient Wunderlich et Griesinger, dans la dégénérescence de la fibre musculaire du cœur, ce qui ne se comprendrait pas dans tous les états de collapsus consécutifs aux perforations des séreuses, car alors cette dégénérescence cardiaque n'a pu se produire en quelques instants. Le collapsus, dont l'embryocardie est le phénomène prédominant et producteur, n'est pas seulement dû à l'affaiblissement du cœur, mais aussi à l'affaiblissement considérable de la tension artérielle, et si cet accident est plus fréquent dans la fièvre typhoïde que dans d'autres affections, c'est parce que la dothiénentérie est une maladie d'hypotension artérielle, ce qui veut dire qu'elle est caractérisée tout d'abord par un abaissement plus ou moins considérable de la pression vasculaire. Donc, lorsque nous voyons survenir rapidement, ou même lentement, des accidents caractérisés par une dépression énorme des forces, par l'affaiblissement extrême et la précipitation des battements du cœur qui prennent le rythme fœtal, par la cyanose ou la pâleur livide de la face, par des congestions viscérales, par le refroidissement des extrémités coïncidant souvent avec une température centrale très élevée (collapsus *algide* ou *hyperpyrétique*), dites-vous bien que l'indication thérapeutique consiste à relever l'énergie défaillante des contractions cardiaques, et surtout à augmenter la tension artérielle amoindrie.

Chez notre malade, atteinte de tuberculose au troisième degré, le cœur était sans doute petit et atrophié, comme

Digitized by Google

cela existe chez tous les phtisiques; il avait été atteint subitement d'impuissance contractile; la tension artérielle était tombée à son minimum, et c'est pour cette raison que nous avons prescrit six à huit injections de caféine (renfermant 40 centigrammes de caféine par injection), d'ergotine et d'éther. Cette médication a été continuée pendant plusieurs jours, parce que la malade a présenté encore plusieurs crises embryocardiques, et aujourd'hui, si cette femme doit succomber dans un bref délai à son affection pulmonaire, elle a été certainement délivrée d'un péril qui menaçait ses jours d'un moment à l'autre.

Or, qu'avons-nous fait en pareille circonstance? Nous avons institué — comme tout à l'heure pour les dyspnées cardiaques — une médication pathogénique; nous avons observé un syndrôme, nous en avons découvert le mécanisme; nous en avons étudié la physiologie, le mode de production. Nous avons dit : le danger est au cœur, il faut donc le conjurer par l'administration de la caféine, qui est un excitant musculaire et qui agit directement sur le myocarde; mais le danger est aussi aux vaisseaux, il faut donc le combattre par l'ergot de seigle qui, avec la caféine, relève la tension artérielle abaissée et augmente la contractilité vasculaire amoindrie; le danger est encore dans cet état de dépression profonde de tout l'organisme, et nous l'avons écarté par l'emploi répété d'injections d'éther.

Par cet exemple, je vous ai démontré encore qu'en fixant la pathogénie du collapsus dans les diverses maladies, en l'attribuant à sa vraie cause, à l'abaissement considérable de la tension artérielle, on parvient à triompher d'accidents redoutables et promptement mortels.

Voici maintenant d'autres affections dans lesquelles la notion pathogénique étant différente, l'intervention thérapeutique doit être également différente. (*A suivre*).

OBSTÉTRIQUE D'URGENCE

Extraction de la tête dernière (1)

Extraction de la tête dernière arrêtée sur le plancher périnéal. — Les manœuvres manuelles ne sont pas toujours suffisantes, et on peut être amené à appliquer le forceps. Bien que certains auteurs aient soutenu le contraire, il est évident que cette ressource ne doit pas être négligée.

On a fait la rotation de la tête avec les mains placées comme dans la manœuvre de Mauriceau; et, malgré des tractions énergiques, on ne peut arriver à vaincre la résistance du plancher périnéal. L'enfant va succomber si l'on n'agit pas rapidement. Il faut alors faire soulever le tronc du fœtus par un aide et appliquer, sans perdre de temps, une branche du forceps à gauche du bassin et l'autre branche à droite, articuler et extraire. L'extraction sera, en général, facile. La main droite de l'opérateur tient à la fois les pieds ou les jambes du fœtus et les manches de l'instrument. L'autre main soutient le forceps au niveau de l'articulation, ou bien se libère quand la tête commence à sortir de l'orifice vulvaire, pour soutenir le périnée.

Telle est la manœuvre avec le forceps Levret; mais ici, comme partout d'ailleurs, il est de beaucoup préférable d'employer le forceps Tarnier qui dirige les fractions et facilite remarquablement l'opération. On tient alors le fœtus d'une main, ou on le fait tenir, pendant que de l'autre main on tire sur le tracteur.

Donc, en règle générale, l'accoucheur qui a à pratiquer soit une extraction de siège, soit une version podalique, aura dû préparer à l'avance non seulement ce qui est nécessaire pour ranimer l'enfant, mais aussi un forceps, afin de pouvoir extraire la tête dans le cas où les manœuvres manuelles ne réussiraient pas (1).

L'opération peut être rapidement menée; elle est simple et sans danger et elle a sauvé la vie d'un grand nombre d'enfants.

Abandonnée à tort pendant une période assez longue, elle est remise en usage actuellement. Les travaux tout récents de MM. Budin, Auvard, Chaleix, ont justifié l'emploi de ce moyen.

Nous le retrouverons encore lorsqu'il sera question de l'extraction de la tête dernière arrêtée par le col de l'utérus.

Il existe des cas, fort heureusement assez rares, où une autre opération est indiquée pour amener au dehors la tête dernière arrêtée sur le plancher périnéal.

Supposons qu'un enfant, venant par le siège, succombe pendant le travail pour une cause quelconque; imaginons que sa mère soit albuminurique, qu'elle ait la vulve et les grandes lèvres considérablement œdématiées; ou bien que cette infiltration vulvaire énorme soit dûe à des manœuvres intempestives et septiques; ou encore qu'elle se soit développée spontanément par la production d'un thrombus. Ce périnée, de mauvaise qualité, aura perdu toute son élasticité, il sera exposé à de larges déchirures dont on ne sera pas assuré de garantir le sphincter anal.

Avec des tissus aussi friables, avec un fœtus venant par le siège et dont la mort aura été dûment constatée pendant le travail, il faudra, le tronc une fois sorti, ne pas hésiter à *réduire* la tête dernière, si son extraction manuelle paraît devoir offrir quelque difficulté.

L'application des deux premières branches du basiotribe, ou même de l'instrument tout entier, diminuera remarquablement les dimensions de l'ovoïde céphalique, et préservera ainsi la femme d'une déchirure complète du périnée.

On veillera, pendant l'extraction, à ce qu'aucune esquille n'offense les parties maternelles, et, s'il s'en trouvait quelqu'une, on retirerait une branche du basiotribe, ou l'instrument tout entier, de manière à laisser aux fragments osseux toute leur mobilité. La tête, devenue malléable, sortirait alors facilement sous l'influence d'une légère traction manuelle.

Dr Demelin.

(1) Voir : *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 21 janvier 1891, p. 41.

(1) Voir : *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1890, p. 784.

Digitized by Google

ENSEIGNEMENT MÉDICA

Nous publions, à titre de document, le tableau suivant qui ne sera peut-être point sans intérêt pour nos lecteurs. *La Faculté de médecine possède 15 cliniques ou cours de médecine pratique*; *la Ville de Paris en dispose de* De source certaine, nous savons que cette même Ville de Paris en comptera bientôt un nombre bien plus grand e

BICÊTRE

Maladies du système nerveux chez les enfants. — Service de M. le Dr Bourneville.

Leçons le *samedi* à 9 h. 1/2 du matin.

Maladies mentales. — Service de M. le Dr Charpentier.

Le *mercredi* à 9 heures.

BICHAT

Clinique et thérapeutique médicales. — Service de M. le Dr Henri Huchard.

Leçons à la salle des cours le *dimanche* à 10 heures du matin : médecine pratique ; diagnostic et traitement des maladies; mode d'administration et posologie des médicaments.

Lundi : Conférence de séméiologie (salles Louis et Bazin).

Mardi et *vendredi*: Consultation externe.

Mercredi et *samedi* : Visite des malades à 9 h. 1/2.

Jeudi: Consultation pour les maladies du cœur. — Travaux pratiques dans les laboratoires de thérapeutique et d'anatomie pathologique.

BROUSSAIS

Pathologie clinique. — Service de M. le Dr Barth.

Tous les jours à 9 heures: Démonstrations de *séméiologie* et de *diagnostic* au lit des malades.

Mercredi à 10 heures, pendant les trois mois de l'automne et les trois mois du printemps: Leçon de *pathologie clinique* à l'amphithéâtre.

Clinique médicale. — Service de M. le Dr Chauffard.

Le *Samedi* à 10 heures du matin: Présentations de malades, et démonstrations d'histologie.

Tous les jours : Examen et présentation de malades par les élèves du service.

Clinique chirurgicale. — Service de M. le Dr Reclus.

Leçons le *samedi* à 9 h. 1/2.

CHARITÉ

Enseignement obstétrical. — Service de M. le Dr Budin.

Visite tous les matins à 9 heures.

Mardi, *jeudi* et *samedi*, à 9 heures du matin: enseignement clinique; lecture et discussion des observations.

Tous les accouchements sont faits par les élèves inscrits dans le service.

Maladies du système nerveux. — Service de M. le Dr Luys.

Leçon le *jeudi* à 10 heures du matin. — Objet du cours: Maladies du système nerveux.— Leur médication. — Méthodes nouvelles de thérapeutique dérivée de l'hypnotisme. (Action des aimants, transfert).

COCHIN

Clinique thérapeutique. — Service de M. le Dr Dujardin Beaumetz.

Le *mercredi* à 9 h. 1/2: Conférences de clinique et thérapeutique à l'amphithéâtre.

Lundi à 9 h. 1/2 : Conférences sur l'électricité médicale par M. le Dr Bardet, chef de laboratoire. — Conférences sur la bactériologie, par M. le Dr Dubief, chef de laboratoire.

Vendredi à 9 h. 1/2: Leçons de séméiologie médicale, par MM. Raoult et Thuilant, internes du service.

ENFANTS MALADES

Pathologie et clinique infantiles. — Service de M. le Dr Descroizilles.

Leçons tous les *vendredis*, à 9 heures et demie du matin (Salle Dechaumont). Visite et examen des malades à 9 heures.

Clinique médicale infantile. — Service de M. le Dr Ollivier.

Lundi, de 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2. — Cours de clinique médicale infantile.

Mardi, de 10 h. à 11 h. — Policlinique pour les maladies de la peau.

Samedi, de 10 h. à 11 h. — Policlinique pour les maladies du système nerveux.

Vendredi, de 10 h. à 11 h. — Policlinique pour la médecine générale.

Thérapeutique infantile. — Service de M. le Dr J. Simon.

Conférences le *mercredi* à 9 h. (à partir du 12 mai 1891).

Clinique chirurgicale infantile. — Service de M. le Dr de Saint-Germain.

Leçons le *jeudi* à 9 h. du matin.

ENFANTS ASSISTÉS

Clinique orthopédique. — Service de M. le Dr Kirmisson: *Lundi* et *vendredi* à 10 h. du matin.— Cours sur les difformités du membre inférieur.

Mercredi : Opérations à 10 h.

Mardi, *jeudi*, *samedi* : Consultations chirurgicales et orthopédiques, à 9 h.

HOTEL-DIEU

Enseignement de la gynécologie. — Service de M. le Dr Dumontpallier: Conférences le *samedi*, à 9 h 1/2.

Clinique médicale. — Service de M. le Dr Lancereaux :

Tous les jours. — Conférences au lit du malade.

Mercredi et *vendredi*. — Leçons à l'amphithéâtre sur des malades atteints de même affection.

LAENNEC

Clinique médicale. — Service de M. le Dr Landouzy :

Le *jeudi*, à 10 h. du matin. — Leçons à l'amphithéâtre.

LARIBOISIÈRE

Enseignement de la laryngologie et de la rhinologie. — Service de M. le Dr Gouguenheim :

Mardi, *jeudi* et *samedi*, de 9 h. à 11 h. — Démonstrations cliniques et opérations

HEURES DES COURS

Tous les jours : *Le matin* : Visite des malades dans la plupart des services. — Opérations. — Médecine pratique.

A 2 heures : Histologie (amph. d'anatomie).

A 4 heures : Anatomie (amph. d'anatomie).

Dimanche : *A 9 h. 1/2* : Maladies des voies urinaires (H. Necker).

A 10 heures : Clinique et thérapeutique médicales (H. Bichat). — Maladies mentales (H. de la Salpêtrière). — Conf. de dermatologie (H. Saint-Louis).

A 10 h. 1/2 : Laryngologie et ophtalmologie appliquées aux maladies cutanées (H. St-Louis).

Lundi : A 9 *h.* 1/2 : Séméiologie (H. Bichat). — Electricité médicale (H. Cochin). — Bactériologie (H. Cochin). — Clinique médicale infantile (H. des Enfants-Malades). — Maladies du cuir chevelu (H. Saint-Louis). — Syphiligraphie (H. Saint-Louis).

A 10 heures : Clinique orthopédique (H des Enfants-Assistés). — Clinique gynécologique (H. Tenon).

A 10 h. 1/2 : Pathologie comparée des affections cutanées (H. Saint-Louis).

A 4 heures : Pathologie et thérapeutique des affections cutanées (H. Saint-Louis). — Médecine opératoire (A. d'anat.)

Mardi : *A 9 heures* : Enseignement de l'obstétrique (H. de la Charité), — Maladies de la peau chez les enfants (H. des Enfants-Malades). Laryngologie (H. Lariboisière). — Opérat dermatologiques (H. Saint-Louis).

A 10 heures : Thérapeutique infantile (H. Enfants-Malades).

A 4 heures : Chimie et physiologie path giques appliquées aux maladies de la peau Saint-Louis).

Mercredi : *A 9 heures* : Maladies men)H. de Bicêtre). — Maladies du système p (H. Saint-Louis). — Pathologie clinique Broussais).

A 9 h 1/2 : Thérapeutique (H. Cochin Vénéréologie (H. du Midi et de Lourcine) Chimie pathologique (H. de la Pitié).

Digitized by Google

DES HOPITAUX DE PARIS

tudiants et pour le personnel médical des hôpitaux de Paris.
, *à l'heure actuelle.*
le d'insister sur la valeur et l'éloquence de ces chiffres.

nférences cliniques de laryngologie et de inologie.

LOURCINE ET MIDI

Maladies vénériennes. — Conférences r MM. les Drs Mauriac, Balzer, Humbert, Beurmann, Renault et Pozzi :
Le *mercredi*, à 9 h. 1/2 du matin, alternativement à l'hôpital du Midi et à l'hôpital Lourcine.

NECKER

Clinique médicale. — Service de M. le r Rendu :
Le jeudi, à 10 h. du matin. — Leçons de inique médicale.

Maladies des voies urinaires. — Service de M. le Dr Horteloup :
Dimanche à 9 h. 1/2 du matin.— Leçons liniques.
Tous les jours, visite des malades, à 9 h. alle Civiale).

PIT É

Clinique médicale et chimie pathologique. — Service de M. le Dr A. Robin.
Lundi et samedi. — Leçons au lit du malade.
Mercredi : Conférences de chimie pathologique au laboratoire.
Jeudi : Leçon clinique.

SALPÉTRIÈRE

Clinique des maladies mentales. — ervice de M. le Dr Voisin :
Le *dimanche*, à 10 h. du matin.— Leçons liniques.

SAINT-LOUIS

Enseignement de la dermatologie et la syphiligraphie. — Service de le Dr Quinquaud :
Lundi, à 10 h. 1/2. — Pathologie compa- des affections de la peau; à 4 heures : thologie générale et thérapeutique des ections cutanées.
Mardi, à 4 heures. — Chimie et physiologie pathologique appliquées aux maladies de la peau.
Mercredi, à 10 h. 1/2. — Pharmacologie appliquée aux maladies de la peau.
Jeudi, à 10 h. 1/2. — Physiologie de la peau.
Vendredi, à 10 h. 1/2 — Anatomie pathologique des maladies de la peau; à 4 h. : Symptomatologie des affections de la peau.
Samedi, à 10 h. 1/2. — Bactériologie appliquée aux affections cutanées.
Dimanche, à 10 h. 1/2. — Laryngologie et ophtalmologie dans leurs rapports avec les lésions de la peau.
Les cours commenceront le lundi 11 mai.

Clinique dermatologique et syphiligraphique. — Service de M. Ernest Besnier :
Pendant les mois d'avril, mai, juin :
Lundi, à 9 h. 1/4, (salle et laboratoire Alibert), clinique dermatologique et syphiligraphique.
Mardi, à 9 heures (laboratoire Alibert), policlinique : Opérations dermatologiques (lupus, acnés, etc.).
Mercredi, à 9 heures, laboratoire Alibert, policlinique : Maladies du système pilaire, dermatophyties.
Vendredi, à 8 h. 1/2, consultation externe.
Service de M. le Dr Hallopeau (salle Lugol, pavillon Bazin).
Lundi : Maladies du cuir chevelu.
Mercredi et *vendredi* : Policlinique et visite générale des maladies. — *Jeudi* : Opérations dermatologiques. — *Samedi* : Teigneux. — *Dimanche* : Conférence de dermatologie à 10 heures du matin.
Service de M. le Drs Tenneson (salles Bichat et Biett).
Lundi : Maladies du cuir chevelu. — *Mardi* : Opérations dermatologiques. — *Mercredi* : Consultation externe.

Clinique chirurgicale. — Service de M. le Dr Lucas Championnière :
Lundi : Opérations. — *Jeudi* : Leçons cliniques.

Clinique obstétricale. — Service de M. le Dr Bar.
Tous les jours, visite et examen des femmes enceintes et accouchées à 9 heures.
Jeudi : Conférence.
Les élèves qui sont inscrits dans le service sont de garde chaque semaine durant vingt-quatre heures et font les accouchements qui se présentent pendant ce temps.

TENON

Thérapeutique et clinique médicales. — Service de M. Dreyfus-Brissac :
Conférences au lit du malade tous les *vendredis*, à 9 h, 1/2.

Clinique et séméiologie médicales.— Service de M. le Dr Cuffer :
Samedi et jeudi, à 10 h. 1/2 (salle Lelong) : Conférence.
Tous les jours, à 10 heures : Visite des malades.

Chirurgie infantile. — Service de M. le Dr Félizet : Conférences et opérations les lundis, mercredis, jeudis et samedis matin.
Clinique gynécologique et chirurgicale. — Service de M. le Dr Richelot. — Conférences le *lundi*, à 10 heures du matin (salle Richard-Wallace).

TROUSSEAU

Clinique médicale infantile. — Service de M. le Dr Sevestre.
Jeudi, à 4 heures : Leçons.
Tous les jours, à 9 heures : Visite des malades, salles Triboulet et Lugol (aigus), Legendre (chroniques) et Bazin (teigneux).
Mercredis et *samedis* : Consultations.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE

Médecine opératoire. — *Lundi*, à 4 h.
Histologie. — *Tous les jours* : Conférence par M. le Dr Bourcy, chef du laboratoire.
Les microscopes et autres instruments nécessaires aux travaux pratiques sont mis gratuitement à la disposition des élèves par l'administration de l'Assistance publique.

EXERCICES PRATIQUES

A 10 h. 1/2 : Pharmacologie appliquée aux maladies de la peau (H. Saint-Louis).

Jeudi : *A 9 heures* : Travaux pratiques d'anatomie pathologique (H. Bichat). — Travaux pratiques de thérapeutique (H. Bichat). — Chirurgie infantile (H. Tenon). — Enseignement clinique de obstétrique (H. de la Charité). — Chirurgie infantile (H. des Enfants-Malades). — Laryngologie (H. Lariboisière).
A 10 heures : Maladies du système nerveux (H. de la Charité). — Clinique médicale (H. Laënnec). — Clinique médicale (H. Necker). — Clinique médicale (H. de la Pitié). — Conférence obstétrique (H. Saint-Louis).

A 10 h. 1/2 : Physiologie de la peau ; opérations dermatologiques ; clinique chirurgicale (H. Saint-Louis), — Séméiologie et clinique médicales (H. Tenon).
A 4 heures : Clinique médicale infantile (H. Trousseau).

Vendredi : *A 9 h. 1/2* : Séméiologie (H. Cochin). — Pathologie infantile (H. des Enfants-Malades). — Médecine générale infantile (H. des Enfants-Malades). — Thérapeutique et clinique médicales (H. Tenon).
A 10 heures : Clinique orthopédique (H. des Enfants-Assistés).
A 10 h. 1/2 : Anatomie pathologique des affections cutanées (H. Saint-Louis).

A 4 heures : Symptomatologie des affections de la peau (H. Saint-Louis).

Samedi : *A 9 heures* : Maladies du système nerveux chez les enfants (H. de Bicêtre).
A 9 h. 1/2 : Clinique chirurgicale (H. Broussais). — Gynécologie (Hôtel-Dieu).
A 9 heures : Enseignement de l'obstétrique (H. de la Charité). — Laryngologie (H. Lariboisière).
A 10 heures : Mal. du système nerveux des enfants (H. des Enfants-Malades). — Démonstrations d'histologie pathologique (H. Broussais).
A 10 h. 1/2 : Bactériologie appliquée aux maladies de la peau ; étude clinique de la teigne (H. Saint-Louis).

Digitized by Google

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

MÉDECINE

De l'atropine dans la maladie de Parkinson, par M. Moretti. — L'élément spasmodique jouant un grand rôle dans cette affection, l'auteur a essayé contre elle l'emploi de l'atropine en injections sous-cutanées (*Bul. della Soc. Lancisiana di Roma*, janvier 1891).

Il commençait par des injections quotidiennes de un quart de milligramme du médicament et quand la tolérance était établie, il doublait et quadruplait la dose. Les trois malades ont été améliorés, de sorte que M. Moretti considère ce traitement comme moins inefficace que toutes les autres médications classiquement employées. S. R.

De l'emploi de l'atropine contre les spasmes musculaires, par M. Leczynsky. — Ce travail est à rapprocher du précédent. Dans un cas, il s'agissait d'un torticolis spasmodique dans l'autre d'un tic facial (*N. Y. Med. journal*, 14 mars 1891, p. 295).

M. Leczynsky prescrivit des injections de sulfate d'atropine en commençant par la dose quotidienne d'un centième de grain et en augmentant graduellement la dose jusqu'à un quarante-huitième de grain, quand la tolérance du malade fut nettement établie.

L'amélioration a été manifeste dans les deux cas, de sorte que l'observateur américain considère cette médication comme efficace. Pour obtenir ces effets, il n'est pas besoin d'élever les doses jusqu'à provocation de symptômes toxiques. S. R.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement abortif du bubon chancreux, par M. E. Welander. — Ce traitement a procuré les résultats suivants : dans 30 cas sur 33, on a obtenu la résolution de l'engorgement ganglionnaire et évité l'incision. (*Archiv. für Dermatologie und. Syphilis*. 1891, t. XXVI, f. 1, p. 43).

La technique de cette médication est simple. On injecte dans le bubon une solution au centième de benzoate de mercure préparée par addition de chlorure de sodium dans la proportion d'un cinq millième. Chaque injection est d'un demi-gramme.

On applique un pansement ouaté compressif. Pas de douleurs. Repos au lit.

Si la peau est rouge, on badigeonne sa surface avec une solution d'ichtyol au tiers ou par moitié. S. R.

Du traitement des furoncles par le chloral, par M. Spohn. — Cette médication devrait, d'après l'auteur, remplacer toutes les autres en raison de son efficacité. (*Philadelphia med. and Surg Rep.*, 9 février 1891).

Elle consiste a recouvrir les furoncles de tampons d'ouate antiseptique imbibés de la solution suivante :

Hydrate de chloral.....	10 grammes
Eau..... } Glycérine..... .. }	40 grammes

Ce pansement doit être humide et maintenu en permanence. En même temps on prescrit le sulfure de calcium à l'intérieur. S. R.

TOXICOLOGIE

Un cas d'empoisonnement par l'asaret, par M. Mitchell. — Il s'agit de l'asaret du Canada. Une femme qui en avait fait usage en décoction contre l'aménorrhée accusait de la douleur buccale, pharyngée et stomacale. Elle éprouvait une sensation de brûlure sur le visage et les membres supérieurs, de l'œdème et une éruption érysipélateuse. (*Med. New*, 7 mars 1891).

En même temps : vomissements, accélération du pouls, douleurs génitales vives; besoins fréquents d'uriner. Guérison après trois semaines. Mêmes symptômes chez une jeune fille. (L'auteur n'insiste pas sur le traitement qui est celui d'un empoisonnement par les drastiques. S. R.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

CHIRURGIE D'ARMÉE

Traitement des plaies articulaires par coup de feu

Par M. le Dr Picqué
Chirurgien des hôpitaux de Paris

I. Jusqu'en 1850 les chirurgiens amputent, reséquent ou conservent sans méthode en cas de plaie articulaire et leur pratique diffère selon les pays.

En France les chirurgiens suivent la pratique de Dupuytren, et amputent. En Angleterre, les chirurgiens sont surtout conservateurs. En Allemagne c'est la résection qui l'emporte et cette pratique est défendue par Pirogoff, Laugenbeck et Stromeyer, mais l'autorité considérable des chirurgiens qui la préconisent ne parvient pas à la faire accepter sans réserve dans les autres pays. Cette reserve semble justifiée d'ailleurs, car les succès annoncés pompeusement à la suite de la guerre du Slesvig, sont réconnus faux par Hannover qui a poursuivi à cet égard une enquête intéressante. Les résultats orthopédiques sont mauvais; les malades guéris ont des articulations ballantes dont ils ne peuvent se servir. Une réaction s'est produite nettement après la guerre franco-allemande ; on a renoncé définitivement à l'amputation comme méthode générale; on devient conservateur. Bergmann et Reyhier, après la guerre turco-russe, publient d'excellents résultats de la conservation. On est en pleine période antiseptique.

II. De tout temps les plaies articulaires avaient donné une mortalité effroyable. 90 0/0 meurent de septicopyhemie. La conservation était jadis toujours fatale : l'amputation semblait le seul moyen de conjurer les accidents. La résection fut considérée un moment comme un progrès immense et les chirurgiens allemands en abusent de 1860 à 1870 : mais les résultats ne restèrent pas à la hauteur des espérances. La mortalité reste grande et l'enquête de Hannover montre combien le résultat orthopédique était défectueux. L'enthousiasme se refroidit alors à partir de 1870. L'antisepsie est enfin appliquée en temps de guerre; la guerre turco-russe, la guerre de Bosnie et d'Herzegovine, la campagne serbo-bulgare, l'expédition du Tonkin fournissent de précieux arguments en faveur de la conservation.

Devons-nous en temps de guerre suivre la voie tracée et faire de la conservation à outrance. Je ne le crois pas. Si, en effet, la conservation est applicable à certains cas, elle ne l'est pas à tous et je pense que la résection doit être conservée en chirurgie de guerre. J'indiquerai plus loin dans quelles limites.

Précisons les indications.

Conservation. — Du moment où l'on peut désinfecter une plaie et en faire l'occlusion antiseptique, mieux vaut évidemment conserver l'article que de le supprimer.

Digitized by Google

La résection prophylactique de Langenbeck n'a plus aujourd'hui sa raison d'être.

Mais conservation n'est pas abstention, on ne peut conserver qu'après un diagnostic précis des lésions, diagnostic qui suppose une exploration, c'est-à-dire un débridement ou une arthrotomie exploratrice, car si la s ection primitive n'a plus d'une façon générale de valeur antiseptique, elle a conservé toutefois toute sa valeur orthopédique.

De plus l'arthrotomie exploratrice remplaçant la résection est importante au point de vue antiseptique. Le sort de la plaie est subordonné au premier pansement et l'antisepsie primitive nécessite l'arthrotomie qui permet l'extraction du projectile et des débris de vêtement, le lavage de la jointure.

En somme la conservation pour être légitime suppose une intervention sans laquelle l'antisepsie n'est pas possible, et qui nous renseigne en même temps sur l'état de la jointure au point de vue d'une resection orthopédique.

Les cas où elle est applicable sont les suivants. Plaies pénétrantes simples, plaies avec perforation de l'os sans éclatement ou avec esquilles.

Si le matériel antiseptique manque, il ne faut plus compter sur la conservation. Pour ma part je reviendrai à la résection primitive telle que la comprenaient les Allemands avant 1870.

Résection. — Il est des cas où la résection primitive est nécessaire au point de vue orthopédique.

Dans les fractures avec fracas des extrémités articulaires à traits irréguliers, la résection préventive est indiquée; elle est même doublement indiquée, car la multiplicité des fragments rend l'antisepsie difficile et les chances d'infection sont augmentées par l'ouverture et le broiement du tissu spongieux de l'épiphyse.

La résection sera faite économiquement et devra se borner le plus souvent à l'esquillotomie, elle ne devra être typique, que lorsqu'elle vise un but orthopédique. Elle sera toujours sous-périostée. Les résections mal faites ont surtout servi d'armes aux détracteurs systématiques de cette méthode (Hannover, Gurit, Otls).

Quand il existe des félures le long de la diaphyse ou un broiement de l'extrémité supérieure de cette dernière, c'est à la désarticulation qu'il faut recourir, c'est encore à elle qu'il faut s'adresser quand les nerfs et les gros vaisseaux sont intéressés.

Si, comptant sur les ressources antiseptiques dont il dispose, le chirurgien peut limiter presque à son gré le champ de la résection primitive, il n'en est pas de même pour la résection secondaire : car là, tout est subordonné à l'état de la plaie.

Si les blessés arrivent apyrétiques dans les formations sanitaires du service de l'arrière, la conservation devra naturellement être respectée. Le pansement a rendu la plaie aseptique, le but est atteint, la résection inutile, mais il n'en va pas de même pour ceux qui arriveront avec de la fièvre. L'antisepsie a été mal faite ou a échoué, il faut réséquer non dans un but prophylactique, mais pour combattre des accidents infectieux.

Cette résection secondaire intrafébrile et, non plus antifébrile comme la primitive, donne, contrairement à ce que l'on voyait naguère, d'excellents résultats. Quel procédé meilleur de désinfection que de supprimer le foyer infectieux lui-même, à la condition de ne pas réinfecter soi-même le foyer opérateur. Cette résection donne également de meilleurs résultats orthopédiques ainsi que l'a montré Ollier.

Il faut se hâter de la pratiquer. Reyer nous a montré les désastres de l'anti-epsie tardive : 85 0/0 de mortalité, alors que l'antisepsie hâtive ne donne que 16 0/0. Mais souvent dans ces conditions, l'extension des accidents à la diaphyse conduira à la désarticulation.

Résumé: L'antisepsie, en bouleversant de nos jours la thérapeutique chirurgicale, doit nous conduire en chirurgie de guerre à un éclectisme qui nous permet de pratiquer selon le cas, sans en exclure aucune, chacune des interventions usitées naguère. Parmi elles, la résection qu'on pouvait croire un instant complètement délaissée, doit reprendre, à mon sens, une place importante en chirurgie d'armée. Seulement de primitive qu'elle était autrefois, elle doit, sous l'influence des idées contemporaines, devenir secondaire : au lieu d'être une opération prophylatique, elle doit surtout devenir une opération curative. C'est à l'antisepsie primitive qu'il appartient de restreindre ses indications. Elle n'est plus un but, mais doit rester un moyen; si l'antisepsie en effet a échoué, elle devient une opération d'urgence qui ne comporte d'autres contre-indications que les lésions qui obligent au sacrifice complet du membre, c'est-à-dire à la désarticulation.

La conservation, d'autre part, exige un quantum de lésions reconnues à l'avance par l'exploration méthodique du foyer à l'aide de l'arthrotomie exploratrice. Conservation n'est donc pas abstention puisqu'elle exige pour sa justification une intervention exploratrice qui seule pourra nous permettre d'affirmer qu'elle est légitime. Cette intervention est également nécessaire pour pratiquer l'antisepsie primitive indispensable à la conservation.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

LARYNGOLOGIE

I. **Technique de l'ignipuncture des amygdales.** — La réduction des amygdales hypertrophiées peut être obtenue par ce procédé, en une ou deux séances, d'après M. le Dr Moure qui semble le préférer à l'amygdalotomie. En voici la technique :

1° *Anesthésie* de la région amygdalienne avec une solution cocaïnée au dixième ou au cinquième;

2° *Position du malade*: Il ouvre largement la bouche « en montrant bien les dents »;

3° *Thermo-caustique* : Le chirurgien déprime la langue sur le plancher buccal avec un abaisse-langue ou un ouvre-bouche spécial, de façon à faire saillir les amygdales, et plonge dans l'amygdale le couteau galvanique ou celui du thermo-cautère, de dedans en dehors, et trace un sillon divisant cette glande dans sa hauteur.

Digitized by Google

Il répète la même opération deux ou trois fois, de façon à tracer des sillons parallèles au premier et à détruire la portion d'amygdale comprise entre eux;

4° *Après l'opération* : Ordonner l'usage du gargarisme antiseptique, sédatif et émollient ainsi formulé (Moure):

Bromure de sodium		
Borate de soude		
	}	ãã 6 grammes
Acide phénique	1	—
Glycérine pure	50	—
Décoction d'orge et de racine de guimauve	450	—

A employer, après l'avoir coupée par moitié, avec l'eau de guimauve.

Séjour à la chambre pendant un ou deux jours.

Après quinze ou vingt jours, une seconde séance est nécessaire pour compléter la réduction ou « niveler l'amygdale ». D'après M. Moure, ce « nivellement » exige une ignipuncture superficielle qui est peu douloureuse.

DERMATOLOGIE

II. **Traitement de la phtiriase pubienne.** — Aux classiques onctions avec l'onguent gris, dont la malpropreté est le moindre inconvénient, M. Fournier préfère les médications suivantes :

Pommade au calomel. — On pratique des onctions avec cette pommade ainsi formulée et qu'on laisse en place pendant deux heures :

Calomel	1 gramme
Axonge	20 grammes

Un bain savonneux doit suivre cette application que l'on renouvellera après quarante-huit heures s'il y a lieu.

Bain de sublimé. — Ce bain contiendra 10 grammes de sublimé, et le malade y séjournera pendant trente à quarante-cinq minutes. On le fera suivre de lotions vinaigrées chaudes et de l'emploi du peigne métallique pour enlever les œufs.

Lotions mercurielles. — Ces lotions se pratiquent, dans le service de M. Fournier, avec la liqueur de Van Swieten doublée, suivant cette formule :

Sublimé	1 gramme
Alcool	100 grammes
Eau distillée	400 —

Vinaigre au sublimé. — Ce topique est étendu par moitié d'eau chaude et sert également aux lotions :

Sublimé	1 gramme
Vinaigre aromatique	300 grammes

Les préparations mercurielles sont préférables aux autres substances antiseptiques qui ont été récemment préconisées, et, surtout, aux huiles naphtolées.

S. R.

REVUE DES THÈSES

Des nœvi pigmentaires, par M. le Dr M.-L.A. Hugues (*Thèse de Paris*, 1890).

M. Hugues présente une étude fort complète et fort bien faite des nœvi pigmentaires. Après une description microscopique et histologique des nœvi, l'auteur, dans un remarquable chapitre de pathogénie, aborde successivement toutes les croyances et tous les préjugés populaires qui attribuent à l'imagination de la mère la cause de ces malformations cutanées; l'auteur croit trouver cette cause dans les maladies du fœtus, l'imagination ne pouvant, selon lui, avoir qu'un effet incertain et en tous cas indirect, par l'intermédiaire d'un trouble de nutrition de la mère retentissant sur le fœtus.

Après ce chapitre d'une lecture facile et intéressante, M. Hugues indique le traitement des nœvi pigmentaires, conseillant l'abstention thérapeutique quand les taches sont recouvertes par les vêtements et préconisant, dans les cas contraires, le tatouage, les caustiques ou l'excision. L. R.

Etude sur la gangrène disséminée de la peau chez les enfants, par M. le Dr A. Charmoy (*Thèse de Paris*, 1890).

Affection fort rare, toujours secondaire, très probablement d'origine microbienne, évoluant surtout sur les terrains débilités, s'accompagnant d'affections oculaires graves, de bronchopneumonie tuberculeuse, de diarrhée ; de traitement souvent difficile, de pronostic toujours réservé, telle est cette maladie dont M. Charmoy nous donne une description complète.

Il est à souhaiter que, grâce aux progrès de l'hygiène et de la thérapeutique infantiles, cette affection, déjà si peu fréquente, n'existe plus, comme le noma, qu'à titre de souvenir.

L. R.

Etude clinique de l'adénopathie péritrachéale syphilitique, par M. le Dr Lécureuil (*Thèse de Paris*, 1890).

Cette étude a pour but de montrer que le système ganglionnaire péritrachéal peut être atteint par la syphilis, et cela indépendamment des lésions pouvant exister sur la trachée et les bronches. Cette adénopathie, caractérisée surtout par une dyspnée paroxystique avec toux convulsive, arrive à provoquer à sa période terminale une véritable phtisie syphilitique et s'accompagne souvent d'une compression des récurrents.

Le traitement antisyphilitique n'aurait qu'une action souvent passagère et peu efficace sur ces lésions. L. Rénon

L'hystérie mâle, par M. le Dr E. Bitot (*Thèse de Bordeaux*, 1890.)

Ce mémoire est un travail d'observations. M. Bitot en a recueilli vingt-deux qui sont originales et c'est par leur analyse et leur discussion qu'il a pu motiver fortement ses conclusions, que l'on peut résumer ainsi :

1° L'hérédité similaire ou dissemblable y jouait un rôle, mais pour se révéler, l'hystérie avait eu besoin d'un agent provocateur (traumatisme, émotion, intoxications plombique, mercurielle ou alcoolique, albuminurie, dothiénentérie, ataxie);

2° Dix-neuf fois sur vingt-deux, il existait des troubles de la sensibilité cutanée (hémianesthésie, ou plaques);

3° Il existait des troubles visuels, rétrécissement concentrique (21 fois pour les deux yeux) ;

4° De plus, l'hypnotisation a été impossible chez la plupart de ces malades.

M. Bitot termine en proclamant l'identité entre l'hystérie masculine et l'hystérie féminine.

Ce travail inaugural est donc une étude clinique importante. On le consultera utilement car, c'est tout dire, elle a été inspirée par M. Pittes dont on aime toujours à rappeler les beaux travaux. Ch. E.

Psychologie de l'idiot et de l'imbécile, par M. le Dr Solier (*Thèse de Paris*, 1891).

Je ne sais ce qu'il faut louer le plus ou l'étude des détails d'observation clinique qui différencient l'idiot et l'imbécile ou la méthode psychologique qu'a employée l'auteur pour exposer et expliquer de tels détails. C'est la première application faite par un médecin, des connaissances psychologiques récentes à l'étude clinique de ces deux formes d'aliénation mentale,

Digitized by Google

Dégagé de tout caractère métaphysique, n'envisageant la psychologie que comme la physiologie de l'esprit, des sensations et de l'obtention des perceptions et des idées immédiates qui en résultent, du langage, de la mémoire, de la comparaison, de la réflexion, du raisonnement, du jugement et des idées générales ou abstraites qui en sont la conséquence, des sentiments, des émotions, du caractère, de l'éducation, de la volonté. M Sollier examine avec la plus grande précision le fonctionnement arrêté ou perturbé chez l'idiot et chez l'imbécile tout en montrant que le traitement de ces malades réside et dans l'éducation méthodique et dans la surveillance médicale. Ce livre, facile à lire en raison de son intérêt constant et soutenu offre cet autre avantage, non moins précieux, que le lecteur, à la fin du volume, a refait presque à son insu son instruction psychologique, surtout au point de vue des acquisitions récentes.

Cette thèse constitue un livre qui restera encore longtemps le modèle du genre, d'autant que l'auteur y apporte à chaque page l'originalité de son esprit qui n'est pas l'une de ses moindres qualités.

Dr Charpentier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 avril 1891

Présidence de M. le Dr Nicaise

De l'intervention dans les plaies pénétrantes de l'abdomen. — M. Terrier, rapporteur, analyse deux observations de M. Boiffin, de Nantes, et une observation de M. Broca, relatives au traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen. Dans la première, il s'agit d'un homme ayant reçu un coup de couteau dans l'abdomen. M. Boiffin voit le blessé très peu de temps après l'accident, l'intestin faisant hernie par la plaie. Il pratiqua immédiatement la laparotomie et trouva quatre perforations intestinales, qu'il sutura, puis fit un lavage du péritoine avec l'eau bouillie, et referma le ventre. Le malade guérit parfaitement.

Un alcoolique, dans un accès de *delirium tremens*, se fait une plaie de la trachée et de l'abdomen. Après avoir suturé la plaie trachéale, M. Boiffin fit la laparotomie et trouva un épanchement sanguin dans le ventre. Il existait plusieurs perforations de l'intestin, une plaie du mésentère et de l'épiploon. Le blessé était dans un état de faiblesse extrême ; on lui fit une injection intra-veineuse de sérum artificiel, après suture des perforations et lavage aseptique du péritoine. Le malade mourut de péritonite le sixième jour. A l'autopsie, on constata que les sutures intestinales avaient bien tenu, mais que deux fils d'argent de la suture abdominale avaient lâché, d'où l'infection secondaire du péritoine.

L'observation de M. Broca n'est pas moins intéressante. Un homme reçoit un coup de couteau dans l'abdomen à minuit et est amené à l'hôpital Bichat ; M. Broca arrive auprès de lui à une heure du matin et constate, au-dessous de l'ombilic, une plaie pénétrante d'où il ne sortait pas de gaz ou de sang. A une période aussi rapprochée de l'accident, il ne pouvait encore exister aucun signe objectif de perforation de l'intestin et encore moins de péritonite. S'il existait une perforation de l'abdomen, il était donc encore temps d'agir avant que les liquides épanchés se soient transformés en bouillon de culture septique dans le péritoine. Séance tenante, il fit la laparotomie exploratrice, puis dévida tout l'intestin au fur et à mesure qu'il le rentrait dans le ventre ; il n'existait pas de lésion intestinale. Suture à trois étages de la paroi abdominale Drainage. Guérison.

Cette manière d'agir, que M. Terrier approuve entièrement, n'est pas acceptée par tous les chirurgiens On a beaucoup discuté, en effet, sur la conduite à tenir dans les plaies pénétrantes de l'abdomen ; les avis sont très partagés. Quelques chirurgiens, s'appuyant sur ce que ces blessés peuvent guérir spontanément, même avec des lésions intestinales, préfèrent attendre. D'autres veulent intervenir. mais, après l'apparition des premiers signes de péritonite S'il existe une plaie pénétrante (et il est toujours facile de s'en assurer à l'aide d'un stylet aseptique et d'un débridement avec le bistouri) M. Terrier déclare que l'on doit faire immédiatement une laparotomie exploratrice, dès l'entrée du blessé à l'hôpital, aussitôt après l'accident. Il ne peut accepter la temporisation, car celle-ci favorise le développement des germes pathogènes épanchés dans le ventre, et quand les premiers signes de péritonite apparaissent, il est trop tard pour intervenir ; on se trouve dans des conditions de succès très douteuses. D'autre part, la laparotomie exploratrice vraiment aseptique ne présente pas de danger ; tous les avantages sont donc en faveur de cette intervention précoce.

M. Berger. — M. Boiffin, dans sa seconde observation, attribue une grande importance à la désunion de la plaie abdominale, et il en fait une cause de péritonite. Les malades peuvent guérir, malgré cette désunion ; elle est produite par l'épanchement péritonéal, qui exerce une certaine pression sur les sutures et les fait se rompre ; elle n'est pas une cause suffisante pour expliquer les accidents mortels. On doit invoquer la péritonite, qui primitivement se développe avant cette rupture de sutures. M. Berger reconnaît qu'il faut pratiquer le moins de lavages possible, de même qu'il est nécessaire de dévider tout l'intestin pour ne laisser échapper aucune perforation. Enfin, il est partisan de la laparotomie, mais seulement quand il existe des symptômes de plaie pénétrante.

M. Pozzi. — La laparotomie exploratrice doit être faite avant l'apparition des symptômes de péritonite, quand on a diagnostiqué plaie pénétrante. Il faut être très réservé sur le lavage du péritoine, car l'épithélium intestinal est très sensible à l'action des liquides employés ; les antiseptiques le détruisent ; les expériences de M. Malassez ont montré que le liquide qui modifiait le moins cet épithélium était une solution de chlorure de sodium de 7,50/00.

La suture intestinale doit être faite avec des fils de soie et des aiguilles aussi fines que possible ; il faut adosser muqueuse à muqueuse et séreuse à séreuse sur deux plans de sutures aussi nombreuses que possible.

M. Reclus n'est pas partisan de l'intervention immédiate ; il pense que bon nombre de malades peuvent guérir spontanément, même avec des lésions intestinales, ainsi qu'il en a rapporté cinq exemples. Il préfère attendre l'apparition des symptômes de blessure de l'intestin, ou de réaction inflammatoire du côté du péritoine. Une fois, il est intervenu dans ces conditions ; il y avait une hémorragie de l'épiploon et quatre perforations intestinales. Le malade mourut. Il ne pense pas que la laparotomie, même aseptique, soit aussi inoffensive qu'on le dit, un certain nombre de malades ne résistant pas à cette opération, soit par choc traumatique ou toute autre raison ; il continue donc à rester dans la réserve à ce sujet.

Traitement des tumeurs malignes par la pyoctanine. — M. Le Dentu a essayé la pyoctanine soit en badigeonnages, soit en injections interstitielles répétées dans le traitement de tumeurs malignes inopérables : épithélioma de la langue, de la face, cancer des ganglions du cou. Il n'en a obtenu aucune espèce de résultat thérapeutique, contrairement à ce qui avait été annoncé par un chirurgien étranger.

Dr H. Marciguey.

Digitized by Google

INFORMATIONS

ÉTRANGER

AUTRICHE. — **La réforme de l'enseignement médical.** — Il n'y a pas qu'à Paris que souffle le vent de réforme. Le comte Taafe, ministre de l'intérieur; le chevalier von Gautsch, ministre de l'instruction publique en Autriche ont demandé aux professeurs le moyen de remédier à l'insuffisance de l'enseignement.

M. Billroth se lamente que les étudiants, empilés aux premières leçons des cours, désertent, faute de place, l'amphithéâtre et les cliniques pour la brasserie. L'état des études dans la capitale austro-hongroise ne paraît pas très brillant d'après le tableau qu'il en fait; les élèves apprenant les questions d'examen par cœur, l'épreuve clinique se faisant au petit bonheur, etc.

Les fidèles, les zélés sont forcés d'arriver une demi-heure d'avance pour avoir les premières places, les autres, derrière eux, étouffés de chaleur, doivent recourir à la lorgnette pour ne pas perdre les phases des opérations ou des démonstrations; mais l'auscultation, la palpation ne se fait pas avec une lorgnette; or dans les pays de langue Allemande le gros des étudiants n'entre pas dans la salle d'hôpital, il voit le malade dans la salle de cours et n'est appelé que tour à tour à l'examiner.

L'auteur de l'article de l'*Internationale Klinische Rundschau* 1891, n° 8, qui signe J. M., auquel nous prenons ces renseignements, propose une solution que ne renieraient pas certains des maîtres parisiens. Je ne sais si la proposition fera jeter les mêmes hauts cris à Vienne.

Voici cette solution: multiplier le nombre des professeurs en dédoublant les chaires ou plutôt en faisant doubler les professeurs ordinaires par les professeurs extraordinaires et les privat-docents De cette façon l'encombrement des cours serait évité.

Mais comme l'élève va de préférence, sans qu'il y soit obligé, par pur intérêt pour la réussite de ses examens, aux leçons des professeurs qui peuvent être ses juges, les jurys d'examen comprendraient et des professeurs ordinaires et des extraordinaires et des privat-docents. Voilà une réforme qu'on taxerait ici de bien plus révolutionnaire que la séparation du personnel examinant et du personnel enseignant qu'on a demandée.

La photographie et les maladies infectieuses. — Depuis le 1er avril, un arrêté ministériel interdit de photographier les cadavres des individus décédés à la suite de maladies infectieuses.

De plus, autre mesure inexpliquée, il est interdit de procéder à cette opération sur des individus succombant à d'autres affections, avant la délivrance d'une autorisation par le médecin et l'autorité. On a choisi le 1er avril pour la mise en vigueur de cette réglementation. Pourquoi? Mystère, administration et... photographie.

VARIÉTÉS

Falsifications alimentaires. — Ce sont les produits de confiserie que M Astre étudie à ce point de vue. Il nous apprend, depuis longtemps on ne l'ignorait pas absolument, que les dragées, bonbons, pralines sont souvent falsifiés par l'addition de plâtre, gélatine, farine. Pour reconnaître ces falsifications, on place un ou deux bonbons suspects dans un nouet de linge fin et on suspend celui-ci dans un verre d'eau froide de façon à ce que la partie du linge contenant les bonbons soit seule immergée. Après quelques heures, le nouet ne contiendra que les substances insolubles normales (amendes, noisettes, etc.), et l'eau, colorée ou non, aura conservé sa limpidité, si le produit soumis à l'essai n'était pas falsifié.

Si les bonbons sont colorés par des substances nuisibles, on les retrouvera dans le nouet; les substances de cet ordre employées jusqu'ici étant insolubles dans l'eau, tandis que les colorants inoffensifs s'y dissolvent. On retrouvera également sur le nouet le plâtre, la farine, etc.

Ce procédé a permis de constater qu'un échantillon de pralines contenait 20 0/0 de plâtre, tandis qu'un autre renfermait plus de 40 0/0 de substances insolubles. Les pralines de ce dernier échantillon avaient été obtenues en recouvrant *des semences de courge* d'une forte couche de pâte faite avec de la gélatine et de la farine de seigle et enrobant le tout de sucre.

La mortalité infantile en Russie. — Sur 1,400,000 enfants du sexe masculin nés en 1855, dans 21 ans, en 1876 (époque de la conscription), 610,000, soit 43 pour 100 seulement, sont restés vivants. Sur 1,512,202 garçons nés en 1861, en 1882 (époque de la conscription), 777,769, soit 51 pour 100 furent trouvés vivants Sur 382,109 appelés en 1884, 71,697 hommes, soit 19 pour 100, furent trouvés incapables pour le service militaire. L'incapacité militaire est le plus souvent déterminée (dans 32,9 pour 100 de cas) par les affections des os, des articulations et des muscles.

Le sirop de goudron et les bronchites catarrhales. — Vieille préparation dont on propose comme cela, de temps en temps, de renouveler la réputation. Elle a conservé la confiance de M. Murrell, et notre confrère anglo-saxon en conseille l'administration à la dose quotidienne de 10 à 15 grammes et selon la formule suivante:

Goudron liquide.....	6 parties
Eau distillée acide.....	62 parties
Sucre.....	50 parties

Ce serait le succédané des eaux minérales bitumineuses?

Statistique médicale comparée. — *Les docteurs en médecine reçus en France et en Allemagne pendant l'année scolaire* 1889 90. — Durant cette période, il a été reçu en France 597 docteurs (60 à Bordeaux, 16 à Lille, 46 à Montpellier, 26 à Nancy et 63 à Lyon). — En Allemagne, il a été délivré 1125 diplômes de docteur (166 à Würtzburg, 63 à Strasbourg, 22 à Tubinge, 6 à Rostock, 114 à Munich, 23 à Marbourg, 2 à Leipzig, 26 à Kœnigsberg, 48 à Kiel, 42 à Sena, 22 à Heidelberg, 80 à Greifswald, 36 à Halle, 25 à Guettingue, 12 à Giessen, 69 à Erlangen, 44 à Fribourg, 42 à Breslau, 110 à Bonn et 163 à Berlin.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDECINE MILITAIRE ET NAVALE

CABEZON. — Les premiers secours sur le champ de bataille (*Bolet. de Sanid. milit de Buenos-Ayres*, 1891, p. 47).

EGGER. — Une petite épidémie de scorbut (*Corresp. Blatt f. Schw Aertz*, 1891, p. 168).

GAVOY. — Traitement de la bronchite tuberculeuse par les injections hypodermiques d'iodoforme (*Gaz. méd. de Paris*, 1891, p. 102).

IMBRIACO. — Mort pendant le début de la chloroformisation (*Giorn. med. de r. esercc.*, 1891, p. 31).

JEUNHOMME. — Essai de topographie médicale des Basses Pyrénées (*Arch. de Méd. et de Chir. militaires*, mars et avril 1890).

LOISON (E.) — De l'ulcère endémique de Gafsa (*Arch. de Méd. militaire*, mars et avril 1890).

SAURA Y CORONAS (P.) — De la fièvre hyperthermique pernicieuse de Manille (*Revista de Sanid. milit.*, 1891, p. 90).

Le Directeur-gérant : HENRI HUCHARD.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE N° 19 6 MAI 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, BÉCLÈRE, BROCQ, DEMELIN, DU CASTEL, GINGEOT, Charles MAURIAC, PICQUÉ, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Hôpital Bichat. — M. le Dr Henri HUCHARD

La thérapeutique pathogénique (1)

(Leçon d'ouverture du dimanche 3 mai 1891)

Il existe un groupe considérable de maladies qui sont reliées entre elles par l'hypertension vasculaire, je veux parler de l'artério-sclérose généralisée, et en particulier des cardiopathies artérielles. Comme je l'ai souvent dit et prouvé, notamment dans mon livre sur « les maladies du cœur » et des vaisseaux, ces dernières cardiopathies sont remarquables par leur tendance à l'hypertension vasculaire, tandis que les cardiopathies valvulaires sont caractérisées par leur tendance contraire, à l'hypotension. De là deux indications thérapeutiques opposées : l'une consistant à diminuer la pression artérielle pour les premières cardiopathies, l'autre à l'augmenter pour les secondes.

Cette hypertension — cause et non effet de la sclérose artérielle, accident initial et précoce de cette maladie — est le plus souvent produite par l'état de spasme permanent ou intermittent des vaisseaux. Or, cette notion pathogénique de la vaso-constriction et de l'hypertension artérielles, substituée à celle de la pléthore et de l'augmentation de la masse sanguine des anciens, pose et résout l'indication capitale de la médication vasodilatatrice et dépressive de la tension vasculaire au début de l'artério-sclérose, et c'est en m'appuyant sur cette idée que j'ai pu instituer la médication préventive de cette maladie devenue si fréquente.

Mais, pour que cette médication préventive de l'artério-sclérose en général et des cardiopathies artérielles en particulier fût réelle, il fallait, non seulement savoir reconnaître de bonne heure cette hypertension vasculaire, mais encore en préciser les causes. Or, je vous ai appris depuis longtemps les principaux signes de cette hypertension artérielle, et il me suffit, pour aujourd'hui, de vous en rappeler un seul, en raison de son importance : le retentissement diastolique du second bruit aortique. Quand vous constatez nettement ce symptôme — et pour cela, vous n'avez besoin que d'un peu d'habitude de l'auscultation — vous pouvez certainement vous passer du sphygmomanomètre, dont les mesures sont souvent infidèles et peu précises.

Quant aux causes de l'hypertension artérielle et de l'artério-sclérose consécutive, elles se divisent en causes acquises et héréditaires. Parmi les premières, il faut signaler la syphilis, la goutte, l'alcoolisme, le saturnisme, le tabagisme, et aussi le régime alimentaire (abus de la viande, de l'alcool, etc.). L'artério-sclérose et son premier stade, l'hypertension artérielle, sont directement héréditaires, et c'est ainsi que vous trouvez souvent, chez les ascendants des malades, des affections comme : l'hémorragie cérébrale, des anévrysmes aortiques, des cardiopathies artérielles, des néphrites interstitielles, etc. En un mot, ce qui est héréditaire, ce n'est pas la maladie d'un organe, c'est la maladie étendue au système artériel tout entier. J'ai donné à cette notion étiologique, dont je vous ai démontré souvent la réalité et à laquelle j'attache une grande importance clinique, le nom d'*aortisme héréditaire*.

Lorsque vous constatez ces antécédents chez les malades, vous pouvez donc instituer de bonne heure une médication capable d'empêcher ou de retarder le développement de l'artério-sclérose et de toutes les maladies qui en dépendant. Je vous exposerai les principes de cette médication lorsque je ferai prochainement l'histoire des cardiopathies artérielles.

Il ne faudrait pas croire que la thérapeutique pathogénique n'est applicable qu'aux maladies du cœur et des vaisseaux. Je ne vous ai cité que celles-là jusqu'alors, parce que nous en avons eu un grand nombre d'exemples sous les yeux. Mais, pour toutes les autres maladies, la même tactique médicamenteuse doit être suivie.

Voici deux exemples que j'emprunte à la pathologie de l'estomac et des poumons :

Vous vous rappelez cette jeune fille de vingt ans (n° 5, salle Louis), atteinte d'ulcère stomacal, et, à ce titre, de douleurs intolérables qui rendaient l'alimentation presque impossible. Naturellement, pour calmer la douleur, vous aviez, pendant une absence que je fus obligé de faire, recouru à l'usage de tous les anesthésiques, à la cocaïne, à l'antipyrine, et en dernier lieu, aux injections morphinées. Médication incomplète, car vous arriviez bien à endormir la douleur pour quelques instants, mais vous ne parveniez pas à la supprimer, parce que vous ne faisiez que la thérapeutique d'un symptôme, en laissant de côté celle de son mode pathogénique. Or, en m'appuyant sur ce fait bien démontré, que, dans cette maladie, la douleur, — comme la lésion elle-même, — est souvent préparée ou produite par un état d'hyperacidité extrême du suc gastrique, j'ai prescrit à la malade 20 grammes de bicarbonate de soude avec 5 grammes de craie préparée par jour (par paquets de 2 grammes pour l'un et de 50 centigrammes pour

(1) Fin. Voir le n° précédent. Au sujet de l'*embyocardie* dont il a été question dans la première partie de la leçon, voir la thèse inaugurale très intéressante de M. Gillet (1888) H. H.

Digitized by Google

l'autre), ; en outre, une à deux cuillerées à café de magnésie tous les jours pour vaincre la constipation. J'ai prescrit ces hautes doses d'alcalins, sans souci de l'*alcalinophobie*, — cette maladie des médecins, car médecine et médecins ont leurs maladies — et en quelques jours, la malade a été délivrée complètement de ses douleurs, au point qu'elle a pu quitter bientôt l'hôpital très améliorée, sinon guérie.

A ce sujet, laissez-moi vous rappeler un cas bien intéressant de *pseudo-gastralgie hyperchlorhydrique* dont j'ai donné la relation l'année dernière à la Société de thérapeutique. Pour la troisième fois, depuis plusieurs années, le malade éprouvait des douleurs gastriques extrêmement vives et ainsi caractérisées : elles étaient surtout paroxystiques, survenant régulièrement aux mêmes heures, dans la matinée, à onze heures, trois heures après le premier repas ; dans l'après-midi, trois heures et demie après le second repas ; à onze heures du soir, trois à quatre heures encore après le dîner, et durant une grande partie de la nuit. Pendant tout le temps de leur durée, elles étaient si violentes qu'elles arrachaient des cris au malade. Celui-ci avait été vu par plusieurs médecins de l'étranger : les uns, trompés par la fausse périodicité des crises, avaient prescrit — naturellement sans succès — des doses croissantes de sulfate de quinine ; les autres, ne voyant que la douleur, avaient ordonné, toujours inutilement, toutes les substances anesthésiques, l'antipyrine, la morphine, le chloral en lavements, etc.

Or, sans avoir besoin d'examiner le suc gastrique de ce malade, j'ai conclu à l'existence d'une affection bien étudiée en Allemagne par Reichmann d'abord en 1882, et ensuite par Riegel (de Giessen) en 1887, sous le nom de « secrétion continue du suc gastrique et d'hyperchlorhydrie ». A l'état normal, la secrétion du suc gastrique est intermittente et ne se produit qu'au moment de l'ingestion alimentaire. Sous l'influence de cet état pathologique, cette secrétion est continue, de plus elle est caractérisée par une grande hyperacidité. Tant que l'estomac renferme des aliments, c'est à-dire pendant la période digestive, le malade ne souffre pas ou souffre peu, parce que l'acide chlorhydrique est pour ainsi dire perdu dans la masse alimentaire. Mais, plus tard, environ trois heures après les repas, quand l'estomac est à l'état de vacuité, sa muqueuse est alors livrée sans défense à l'action nocive de cet acide, et c'est pour cette raison que les douleurs sont périodiques et qu'elles sont même si souvent nocturnes. La notion pathogénique étant connue, la médication était trouvée, en vertu de ce principe thérapeutique que vous m'avez entendu souvent formuler : *cognitâ morbi causâ, jam cognoscitur medicatio.* En combattant l'hyperacidité du suc gastrique par l'emploi des alcalins à haute dose (20 à 30 gr par jour) prescrits toutes les heures pendant quatre heures après chaque repas, j'y ai joint encore une à deux cuillerées à café de magnésie par jour, pour vaincre la constipation, et une boisson alcaline telle que l'eau de Vals (vivaraise, n° 7). De cette façon, je me suis adressé à la cause même de la douleur, et après cinq jours de cette médication énergique et rationnelle, le malade fut délivré complètement de ses douleurs si violentes La formule que j'emploie d'ordinaire est celle ci :

B carbonate de soude .. 50 gr.
Craie préparée... .... 10 gr.

Pour trente paquets. Un paquet toutes les heures après chaque repas pendant quatre heures, soit 24 gr. d'alcalins par jour.

Dans cette formule, la craie, en vertu de son insolubilité, est destinée à former comme un enduit protecteur à la surface de la muqueuse.

Dernièrement encore, je voyais un malade semblable avec mon distingué confrère le Dr Pouvreau-Lavigerie. Il s'agissait d'un homme de 55 ans, qui avait depuis longtemps commis des excès de tabac et mangé à des heures très irrégulières. Depuis l'année 1886, il éprouvait des douleurs vives au creux épigastrique, se faisant sentir surtout dans l'intervalle des repas. A plusieurs reprises, plusieurs médecins consultés avaient prescrit de faibles doses de bicarbonate de soude, de magnésie calcinée et de craie préparée (environ 1 gr. à 1 gr. 50) et cela sans résultat. Mais, depuis trois ans, la maladie avait pris une acuité extrême au point que cet homme se voyait obligé de renoncer à ses occupations. Les douleurs survenaient toujours trois heures environ après chaque repas, elles persistaient pendant plusieurs heures, caractérisées par une sensation d'acidité et de chaleur très vives et n'étaient calmées que par l'ingestion alimentaire. Je le vis avec mon confrère le 22 février de cette année, et reconnaissant un cas de *pseudo gastralgie hyperchlorhydrique*, sans même avoir besoin de recourir à l'examen du suc gastrique, et cela en m'appuyant sur le caractère des douleurs, sur leur survenance dans l'intervalle des repas et pendant la nuit, je prescrivis 12 gr. de bicarbonate de soude par jour. Dès le lendemain, les douleurs étaient beaucoup moins vives, et les vomissements qui tourmentaient le malade depuis plusieurs années cessèrent complètement. Au commencement du mois de mars, quelques crises douloureuses se manifestant de nouveau, on porta la dose du bicarbonate de soude à 20 gr. par jour. Le soulagement fut immédiat, et depuis cette époque la guérison s'est maintenue.

Ainsi donc, en quelques jours, alors que le malade se soignait inutilement depuis plusieurs années, nous avons obtenu la guérison de cette affection tenace. Et pourquoi l'avons-nous obtenue si rapidement ? C'est parce que nous ne nous sommes pas bornés simplement à faire la médication *symptomatique* de l'affection ; c'est surtout parce que nous avons promptement institué la médication *pathogénique* de la douleur.

Vous voyez ainsi, les bons effets de la médication pathogénique. Les alcalins ont été indirectement anesthésiques, parce qu'ils ont combattu la cause même de la pseudo-gastralgie, en réduisant l'hyperacidité du suc gastrique.

Prenons maintenant un symptôme banal de la tuberculose pulmonaire, la fièvre. Contre elle, on abuse tous les jours de l'emploi du sulfate de quinine, quoique son impuissance soit bien démontrée dans la plupart des cas. Or, chez les phtisiques, la fièvre reconnaît des cau-

Digitized by Google

ses différentes, et doit être, par conséquent, combattue par des médications différentes.

Au début, il s'agit bien d'une fièvre primitivement tuberculeuse, d'une sorte de fièvre d'*infection* produite par la germination bacillaire. Or, l'agent curateur de cette fièvre initiale est l'antipyrine à petites doses (50 centigrammes à 1 gramme) et je dois vous rappeler que lorsque j'introduisis ce médicament dans la thérapeutique française, dès 1884, j'avais fait la remarque — confirmée depuis par la plupart des auteurs — que « l'antipyrine constitue le moyen le plus puissant, et jusqu'ici le seul moyen d'abaisser efficacement la température des tuberculeux ». Mais, il est évident que l'on peut joindre encore à cette médication antipyrinique, avec quelques chances de succès, l'emploi du sulfate de quinine.

A une période plus avancée, les tubercules déterminent autour d'eux des poussées congestives ou inflammatoires qui provoquent ainsi une fièvre *d'inflammation*. Je vous demande alors ce que peut faire la quinine dans ces cas? Bien peu de chose. L'état fébrile étant produit par l'inflammation pérituberculeuse, c'est donc cette dernière qu'il faut d'abord combattre par une médication appropriée, et c'est pourquoi l'emploi des révulsifs, du tartre stibié à la dose de deux à trois centigr. par jour, suivant la méthode de Fonssagrives qui l'employait à trop haute dose (0,20 centigr. par jour), ou plutôt de l'ipéca qui est un anticongestif pulmonaire, comme l'a prouvé Pécholier, peut parvenir à modérer cette fièvre.

Puis, plus tard encore, à la troisième période, à celle des cavernes, la fièvre est une fièvre de *résorption* des produits tuberculeux, et j'estime que l'emploi des antiseptiques, de l'acide salicylique, (à la dose d'un à deux grammes par jour), d'inhalations médicamenteuses, peut contribuer à modérer cet état fébrile, mieux encore que le sulfate de quinine. Dans ce cas, l'indication thérapeutique consisterait surtout à faire l'antisepsie des cavernes tuberculeuses. Malheureusement, la chose est difficile encore. Cependant — en dehors de certaines inhalations médicamenteuses par des vapeurs de créosote et d'eucalyptol — on peut encore tenter à cette période l'antisepsie interne de ces cavernes. C'est pour cela que vous me voyez avoir recours, avec quelque succès, à l'aristol (à la dose de 3 à 4 pilules de dix centigr. par jour), médicament qui, jusqu'ici, n'avait trouvé son emploi que pour l'usage externe.

Vous le voyez donc encore une fois, la notion pathogénique d'un symptôme peut et doit vous inspirer une thérapeutique absolument rationnelle qui, le plus souvent, sera couronnée de succès.

Tous les exemples cliniques que je viens de faire passer sous vos yeux, ont eu pour but de vous démontrer que l'on ne peut pas faire de bonne thérapeutique si l'on ne fait de bonne pathogénie ou séméiologie.

Pour que la démonstration soit complète, il me faut prouver maintenant qu'avec une mauvaise pathogénie on ne peut faire que de la mauvaise thérapeutique. Pour cela, on pourrait remonter jusqu'aux premiers âges de la médecine; car, cette thérapeutique pathogénique est un mot nouveau, mais une vieille chose, et les anciens en faisaient tous les jours — comme M. Jourdain, de la prose, — sans le savoir.

Souvenez-vous, à ce sujet, comme je vous le disais, dans mes leçons de 1886 sur les « indications thérapeutiques », de Thémison avec sa théorie du *strictum* et du *laxum*, de la doctrine de l'*incitabilité* de Brown avec cette notion de voir toujours des maladies asthéniques et de les combattre par les excitants et l'alcool, de celle de Broussais, ce Brown retourné qui, avec l'*irritation* et l'*abirritation*, voyait partout la gastrite et se livrait, au nom d'un principe, à des orgies sanguinaires; de la pratique de notre glorieux Bouillaud qui ordonnait des saignées coup sur coup dans une affection essentiellement anémiante, le rhumatisme; de Beau qui, rappelant l'erreur d'un médecin de la Renaissance, de Benedetti (*morborum fere omnium causa est stomachi infirmitas*) faisait dépendre de sa dyspepsie un grand nombre de maladies, depuis les affections cutanées, le rhumatisme noueux jusqu'au tubercule, à la scrofule et même au cancer. Rappelez-vous encore le système de Valsalva qui, partant d'une idée pathogénique vraie en apparence, saignait les aortiques et prescrivait une alimentation restreinte et insuffisante, jusqu'à produire chez les malheureux patients une impossibilité complète du mouvement.

Chaque époque médicale et chaque chef d'école se sont ainsi crus être les dépositaires de la vérité; mais celle-ci a été trop souvent l'erreur de demain, tant il est vrai — comme le disait un grand penseur du siècle dernier, — que « la vérité est dans les choses, et non dans l'esprit qui les juge. »

Une mauvaise pathogénie peut engendrer, à travers les âges, des médications inutiles ou nuisibles parce qu'elles sont irrationnelles. Prenons pour exemple l'angine de poitrine. Comme je l'ai dit depuis près de dix ans, sa thérapeutique, en visant toujours la douleur et rien que la douleur, a fait fausse route; elle n'a pas été mieux inspirée lorsqu'elle s'est adressée uniquement à la notion diathésique. C'est ainsi — disais-je encore, dans mon récent livre sur les affections du cœur et des vaisseaux — qu'on la voit s'épuiser en vains efforts et préconiser les moyens les plus disparates: « la chaleur, les liqueurs spiritueuses, le vin, les cordiaux et l'opium avec Heberden; les saignées, les purgatifs et les cautères avec Parry et Percival; la gomme gayac et la gentiane avec Bergius et Butter; le gayac encore, l'antimoine, l'arnica, les martiaux, le musc, le castoreum, la ciguë, les vésicatoires à demeure avec Elsner; la médication contre l'obésité avec Fothergill; les préparations arsenicales avec Alexander et Cahen; le sulfate de zinc associé à l'opium avec Perkins; le nitrate d'argent avec Cappe, Harder et Bastide; l'association de la laitue vireuse et de la digitale avec Schlesinger; le sulfate de quinine, les drastiques et l'abstinence des boissons avec Piorry; l'association de l'opium au tartre émétique, le camphre avec Schœffer; la teinture antimoniale de Theden avec Johnstone; le musc avec Récamier; le soufre avec Munck; l'opium et la jusquiame avec Reeder; l'aimantation et l'électricité avec Laennec;

Digitized by Google

la limonade phosphorique avec Baumes ; la poudre de valériane, l'extrait de douce-amère, les inhalations d'oxygène avec Jurine et Reid ; les médicaments anti-névralgiques avec Desportes ; la belladone avec Batten ; le cyanure de potassium et l'acide prussique avec Elliotson ; l'aconit, le colchique, le gayac et les eaux sulfureuses dans les angines goutteuses avec Lartigue ; la lithine avec Hayden ; le bicarbonate de soude, les bromures et la belladone avec Bretonneau et Trousseau ; la révulsion locale et les moyens anesthésiques ; les bromures, toujours les bromures, et les divers toniques du cœur avec les auteurs contemporains » (1).

Ainsi, depuis un siècle, près de quarante médications diverses ont été proposées contre l'angine de poitrine, ce qui n'est pas étonnant, puisque la notion pathogénique de sa douleur a reçu autant d'explications différentes.

Quelle est donc l'indication à remplir contre cette maladie si dramatique et si grave ?

Consiste-t-elle à combattre uniquement la douleur dont « l'intensité et la durée constituent le principal danger », d'après Balfour ; la douleur, ce « fait dominateur de l'angor pectoris » suivant l'opinion erronée de Peter, quand nous savons, au contraire, que les crises les plus longues et les plus aiguës ne sont pas les plus graves, et que les angineux vrais succombent souvent à une syncope brutale sans aucune manifestation douloureuse ? Et, du reste, les affections artérielles ne sont-elles pas essentiellement douloureuses, sans qu'il soit besoin d'invoquer un état névralgique ou névritique absolument hypothétique ? Voyez donc cette cardiaque du n° 1 de la salle Louis. Elle vient d'être atteinte d'une embolie de l'artère poplitée gauche, elle est menacée d'une gangrène du membre inférieur, et ses douleurs atteignent une acuité supérieure à celle des névralgies les plus violentes. Donc, vous n'êtes pas fondés à nier l'origine artérielle de l'angine de poitrine en vous basant uniquement sur l'extrême vivacité de ses douleurs.

Ce qui crée le danger dans cette dernière maladie, ce n'est pas, ce n'est presque jamais la douleur ; c'est la syncope, c'est l'ischémie cardiaque ; et ce qui prépare et consomme cette dernière, c'est la lésion vasculaire, c'est encore le spasme des vaisseaux coronaires, c'est enfin l'état de vaso-constriction et d'hypertension artérielles. Pour ces raisons, je condamne absolument l'emploi de la cocaïne et des inhalations de chloroforme qui peuvent exposer à la syncope, de l'ergot de seigle et parfois de la digitale, capables de surélever la tension artérielle en exagérant encore le spasme vasculaire. C'est pour cela, et pour d'autres causes encore, que les bromures dont on abuse, le chloral, le sulfonal, la paraldéhyde, le strophantus, l'antipyrine, la belladone, l'électricité, etc., sont des médications irrationnelles.

Or, en m'appuyant sur la nature artérielle de l'angine de poitrine et sur la pathogénie exacte de la douleur, je suis arrivé à établir et à fixer la thérapeutique de cette maladie si grave, par l'emploi de la médication iodurée qui agit directement sur les parois artérielles qu'elle modifie, et sur l'hypertension vasculaire qu'elle diminue, comme l'ont démontré les recherches expérimentales faites pour la première fois en France par M. Eloy, qui ont ainsi sanctionné l'exactitude de mes observations cliniques et thérapeutiques. Quant à la douleur, elle cède bien mieux à l'emploi des médicaments qui, comme le nitrite d'amyle et la trinitrine, dilatent les vaisseaux et atténuent leur tension, qu'à celui de toutes les substances narcotiques ou analgésiques.

Ainsi donc, la notion pathogénique exacte de la maladie angineuse et de son angoissante douleur a pu aboutir, entre mes mains, à une médication rationnelle de ce syndrôme, et réduire la mortalité de près des deux tiers, d'une affection qui était regardée jusqu'alors comme absolument incurable.

Je crois vous avoir démontré que la thérapeutique est bonne ou mauvaise lorsque la pathogénie est exacte ou erronée. Il me reste maintenant à vous dire ce qui advient lorsqu'un thérapeute ne s'inspire d'aucune notion pathogénique. C'est une histoire d'hier et bien connue que je vais vous rappeler :

Un homme s'est rencontré — un grand savant, mais qui n'est qu'un clinicien ou un thérapeute de laboratoire — qui a mis en présence un tubercule et un poison découvert par lui, et dont il a d'emblée admis la vertu curative. Or, en tout cela, Koch n'avait oublié que deux choses, le malade et la maladie : le malade avec ses réactions si variées ; la maladie avec ses tendances congestives et inflammatoires, qui en font le principal danger. Et c'est ainsi qu'il a fait, sans le savoir, de l'homœopathie d'un autre genre, en proposant son poison phlogogène contre une affection qui ne devient grave et périlleuse que par les congestions et les inflammations que le tubercule allume autour de lui. C'est en m'appuyant sur ces données cliniques et pathogéniques, qu'au milieu de l'enthousiasme général et un peu irréfléchi, je n'ai pas craint, — vous vous en souvenez — non pas un des premiers, mais le premier en France, d'élever la voix contre cette méthode de thérapeutique absolument irrationnelle. Ainsi, pour Koch, la méconnaissance de la clinique et de la pathogénie s'est terminée par la déroute thérapeutique que vous savez.

Messieurs, j'ai terminé cette longue conférence, et je crois être arrivé à mon but en vous démontrant, par des exemples nombreux, l'alliance indissoluble de la clinique et de la thérapeutique. Ne l'oubliez pas. Pour devenir de bons thérapeutes, il faut être de bons cliniciens, et pour être de bons cliniciens, il faut d'abord apprendre et connaître la pathologie. Car, ainsi que le disait mon regretté et vénéré maître Axenfeld dans la leçon d'ouverture de son cours à la Faculté, « la pathologie non vérifiée par la clinique mène au *système*, et la clinique non éclairée par la pathologie conduit à la *routine*. »

Mais, après avoir appris les éléments de la pathologie, venez de bonne heure à l'hôpital. C'est là, c'est là

(1) Voir mes *Leçons de thérapeutique et de clinique médicales* (*Maladies du cœur et des vaisseaux*), Paris, 1889, page 660.

Digitized by Google

seulement, que vous vous formez à la solution des problèmes ardus de la clinique et surtout de la thérapeutique, qui est le but de la médecine; là où nos glorieux maîtres ont fait avancer la science, où Laennec a pu accomplir ses immortelles découvertes; où Cruveilhier, que l'on ne cite plus et bien à tort, a jeté les bases de l'anatomie pathologique; où Trousseau a prononcé ses plus belles et ses plus éloquentes leçons; où Duchenne (de Boulogne), qui venait tous les jours dans les divers services hospitaliers, a découvert un monde nouveau dans la neuropathologie; où bien d'autres encore — pour ne parler que des morts — ont élevé la science de notre pays à la hauteur qu'elle a su garder, malgré les cliniciens de laboratoire ou les éternels chercheurs de pierres philosophales. On dit, on répète tous les jours, que la science n'a pas de patrie; cela est vrai. Mais la patrie a une science, et la nôtre, qui ne doit renier ni abandonner ses glorieuses traditions, a toujours été basée sur l'observation des faits.

Or, cette observation des faits et l'apprentissage du praticien qui n'est rien moins — comme le disait Axenfeld — « que la personnification la plus complète, la plus élevée de l'art médical », où peut-on les trouver? A l'hôpital, seulement à l'hôpital. A ce sujet, laissez-moi vous reproduire le passage suivant:

« Du jour qu'un jeune homme veut être médecin — disait un de nos plus grands cliniciens — il doit fréquenter les hôpitaux. Il faut voir, toujours voir des malades..... Jeunes encore, et lorsque vous faites vos premières armes, les hôpitaux et les cliniques; les cliniques et les hôpitaux, lorsque vous en saurez davantage; les hôpitaux et les cliniques, quand vous aurez acquis toutes les notions scientifiques..... »

Qui s'est donc exprimé d'une façon si formelle et si exclusive en faveur de l'enseignement médical des hôpitaux? C'est un homme dont vous ne pourrez nier la grande compétence, dont vous avez lu et admiré les remarquables leçons; c'est un professeur à la Faculté de médecine de Paris, c'est Trousseau lui-même!

Rendez donc à l'hôpital ce qui est à l'hôpital, venez-y toujours, et en rangs pressés. Vos maîtres qui vous aiment, qui veulent préparer votre avenir et assurer vos succès, ne trouveront pas, dans votre assiduité à suivre leurs leçons, de meilleure récompense.

CLINIQUE MÉDICALE

Du diagnostic et du traitement des dyspepsies chimiques à l'aide de la réaction de Günsburg

Par le Dr Richardière
Médecin des hôpitaux (1)

La nosologie de l'estomac subit en ce moment une crise dont il est permis d'attendre les résultats les plus heureux au point de vue de la thérapeutique, encore si difficile, des maladies de cet organe. On ne se contente plus, en effet, de porter le diagnostic de dyspepsie après avoir constaté l'existence de symptômes gastriques, tels que difficulté des digestions, vomissements, douleurs gastriques, etc. On cherche à pénétrer plus intimement dans le mécanisme des troubles de l'estomac. On s'efforce de rechercher pourquoi l'estomac fonctionne mal et quels sont les éléments nécessaires à la digestion qui font défaut chez tel ou tel malade.

La physiologie mieux connue de la digestion gastrique a été la cause incontestable des progrès réalisés dans cet ordre d'idées. En nous faisant connaître d'une manière précise la composition du suc gastrique et en nous montrant quelles étaient les substances vraiment nécessaires à la digestion qui entraient dans la composition de ce liquide, elle a permis de tenter une nouvelle classification des troubles fonctionnels de l'estomac; nous pourrions presque dire une localisation de ces troubles.

Envisagées au point de vue de la physiologie pathologique, les dyspepsies peuvent être, suivant la remarquable division de M. Sée, divisées en : dyspepsies nervo-motrices et dyspepsies chimiques. La dyspepsie nervo-motrice correspond à la dilatation de l'estomac, dont la savante étude de M. Bouchard a montré l'importance et la fréquence, méconnues avant la publication de son travail. Nous laisserons de côté cette variété de dyspepsie, dont l'histoire a été faite de toutes pièces par M. Bouchard et son élève Legendre, et sur laquelle il n'y a rien de plus à dire.

L'histoire des dyspepsies chimiques est loin d'être aussi avancée. La complexité des phénomènes chimiques de la digestion rend fort difficile leur étude pour tout médecin qui n'est pas doublé d'un physiologiste et d'un chimiste. Néanmoins l'examen du suc gastrique, recueilli dans l'estomac à diverses périodes de la digestion, a permis de réaliser un réel progrès. Cet examen du suc gastrique, en mettant, pour ainsi dire, sous les yeux du médecin le résultat du fonctionnement de l'estomac, a fait constater que l'acide chlorhydrique, l'élément le plus nécessaire à la digestion, était tantôt absent ou en petite quantité, tantôt en quantité excessive. Les variations dans la teneur du suc gastrique en acide chlorhydrique, vérifiées par maints essais, ont permis de classer les dyspepsies en hyperchlorhydriques, hypochlorhydriques et anachlorhydriques. Pendant quelque temps, on s'est borné à utiliser la notion de ces variations dans la composition du suc gastrique pour le diagnostic des gastropathies, du cancer de l'estomac et de l'ulcère simple en particulier. Le moment paraît venu de généraliser ces résultats et de les appliquer à l'ensemble des dyspepsies. Sans doute, l'acide chlorhydrique n'est pas tout dans la digestion gastrique. A côté de lui interviennent d'autres facteurs, dont il serait du plus haut intérêt de connaître également les variations. Le but idéal serait de pouvoir classer toutes les dyspepsies chimiques en les rapportant à chacune des variations qui s'opèrent dans la composition du suc gastrique. Faute de pouvoir encore réaliser cette analyse, nous devons nous contenter de connaître l'état de l'estomac au point de vue de la sécrétion de l'acide chlorhydrique. Et cela d'autant mieux que l'état de cette

(1) *Société médico-pratique* du 23 mars.

Digitized by Google

sécrétion nous paraît avoir la plus grande importance pour le traitement des dyspepsies chimiques.

Les méthodes qui permettent d'analyser le suc gastrique sont actuellement assez nombreuses. La plus ancienne, imaginée par Laborde et Dusart, consiste dans l'emploi de substances colorantes tirées de l'aniline, qui permettent de déceler avec une grande précision la présence de l'acide chlorhydrique. Les substances colorantes employées dans ce but ont été le violet de méthyl, la tropéoline, le papier de congo, le vert brillant, la phloroglycine-vanilline, etc., etc. Une méthode plus précise est la méthode de MM. Hayem et Winter qui dosent successivement l'acidité totale du suc gastrique, le chlore en combinaison organique et l'acide chlorhydrique libre. Malheureusement cette méthode un peu compliquée n'est pas d'un emploi facile dans les conditions ordinaires de la clinique.

D'autre part, toutes ces méthodes ont un inconvénient grave, c'est de nécessiter l'emploi de la pompe stomacale pour aller chercher le suc gastrique dans l'estomac. L'emploi de cette pompe est souvent mal supportée par les malades. Son introduction est douloureuse et n'est pas sans exposer à quelques accidents, particulièrement quand il existe une lésion organique telle qu'un ulcère simple ou un cancer. Certains malades se refusent absolument à l'emploi de l'instrument.

La nouvelle réaction, proposée par Günsburg, n'a pas de pareils inconvénients. Elle est absolument inoffensive. Elle n'implique que l'obligation peu pénible de cracher une dizaine de fois à un quart d'heure d'intervalle. Enfin, l'interprétation de ses résultats est des plus simples et son exactitude a été contrôlée à l'aide des autres méthodes. Pour toutes ces raisons, elle nous paraît digne d'être utilisée dans un grand nombre de circonstances.

J'ai eu récemment l'occasion d'essayer cette réaction dans mon service de l'Hôtel-Dieu annexe et ce sont les résultats de mon observation que je viens exposer en les rapprochant des résultats obtenus par MM. Marfan et Brunon qui ont essayé cette méthode avant moi et ont publié tout récemment les résultats qu'ils avaient obtenus (1).

On sait en quoi consiste la réaction de Günsburg. Elle est fondée sur l'apparition rapide, dans la salive, de l'iodure de potassium absorbé par l'estomac.

Je n'insiste pas sur ce procédé qui a été publié dans presque tous les journaux de médecine, en particulier dans la *Semaine médicale* (1889, n° 48) et dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*. (Voir une analyse (2) de M. Huchard en 1890) (3).

En expérimentant le procédé sur un certains nombre de cardiopathies, j'ai obtenu les résultats suivants.

Chez deux malades, partout les signes rationnels d'un carcinome gastrique (cachexie, dyspepsie, vomissements alimentaires et muqueux, sans hématémèse) et des signes objectifs manifestes consistant dans la présence d'une tumeur au creux épigastrique, la réaction de Günsburg a subi un retard de trois quarts d'heure. Elle ne s'est montrée que deux heures et quart après l'ingestion, au lieu de une heure et quart ou une heure et demie, intervalle normale.

Chez une malade, âgée de 27 ans, atteinte de coxalgie sans tuberculose pulmonaire appréciable, mangeant de bon appétit et digérant facilement (sans troubles gastriques appréciables, par conséquent), la réaction est apparue au bout d'une heure et quart.

Chez une malade, entrée à l'hôpital avec les signes d'un ulcère rond (douleurs extrêmement vives après l'ingestion des aliments, douleurs à la pression du creux épigastrique, vomissements alimentaires, hématémèse et mélœna) traitée pendant quinze jours par le régime lacté absolu et ne présentant plus, après cette période de traitement, aucun signe d'altération de l'estomac, pouvant être considérée comme momentanément guérie, la réaction a été normale. Elle est apparue au bout d'une heure et quart.

Chez une autre malade présentant les signes classiques de l'ulcère rond, qui avait, au moment de l'examen, des douleurs vives au niveau de l'estomac, spontanément et sous l'influence de pressions exercées au niveau du creux de l'estomac, la réaction s'est produite au bout d'une heure.

Il y avait donc hyperchlorhydrie.

Le plus long retard que j'ai observé a été chez une malade, âgée de 59 ans. Cette malade avait une gastrite alcoolique (caractérisée par des douleurs gastriques dans l'intervalle des repas et au moment de l'ingestion des aliments). Elle vomissait fréquemment. Elle avait eu, à différentes reprises, quelques stries sanguinolentes dans les matières vomies, mais pas de vraies hématémèses. L'alcoolisme était certain chez elle.

De plus, cette malade était atteinte de tuberculose pulmonaire au deuxième degré. Elle avait de la fièvre.

La réaction s'est montrée quatre heures seulement après l'ingestion de la capsule.

Chez trois malades atteints d'affections diverses (ataxie locomotrice sans crises gastriques, hémiplégie, hystérie), la réaction s'est montrée au bout d'une heure et quart.

Chez une malade atteinte de rétrecissement mitral avec dyspepsie intense (vomissements, hématémèses) la réaction n'avait pas paru au bout de trois heures.

Chez deux chlorotiques, la réaction s'est montrée entre 2 heures et 2 heures et demie.

Chez une malade atteinte de dyspepsie simple (troubles de l'appetit, pesanteurs après les repas, ballonnement du ventre, brûlures pendant la digestion) la réaction s'est montrée au bout de 2 heures 1/2.

Enfin une malade dyspeptique âgée de 31 ans se

(1) Voir : MARFAN (*Archiv. de méd.*, mai 1890) et BRUNON (*Normandie médicale*, février 1891).

(2) Voir, à ce sujet, non pas une analyse, mais un problème thérapeutique, de M. le Dr H. Huchard. — N. D. LA R.

(3) On peut préparer à l'avance une assez grande quantité d'eau amidonnée. On évite son altération par un procédé très simple qui m'a été indiqué par M. Ogier, directeur du laboratoire de toxicologie. Il suffit, en effet, d'ajouter une très minime quantité d'oxyde rouge de mercure. Cet oxyde n'agit que par sa présence. Il n'entrave en rien la réaction et permet de conserver pendant longtemps les solutions d'amidon, sans qu'elles subissent d'altération.

Digitized by Google

plaignait d'éprouver des brûlures au creux épigastrique, à des heures correspondant à la période de vacuité de l'estomac, à 11 heures du matin, à 5 heures, de l'après-midi, et à 10 heures du soir. Ces brûlures étaient calmées par l'ingestion d'aliments. Cette malade a eu sa réaction au bout de 3/4 d'heure.

En résumé :

Deux cas d'hyperchlorhydrie (chez une malade atteinte d'ulcère rond).

Cinq cas de chlorhydrie normale chez des malades atteints de :

1° Coxalgie sans tuberculose pulmonaire.
2° Ulcère simple paraissant guéri.
3° Un cas de tabes, sans crises gastriques.
4° Un cas d'hystérie convulsive.
5° Un cas d'hémiplégie.

Sept cas d'hypochlorhydrie, se décomposant ainsi :

Deux cas de carcinome gastrique.

Un cas de gastrite alcoolique avec tuberculose pulmonaire.

Deux cas de chlorose.

Un cas de dyspepsie.

Un cas de rétrecissement urétral avec troubles gastriques.

Marfan a obtenu les résultats suivants (1) :

4 cas d'hyperchlorhydrie primitive chronique, trois quarts d'heure.
1 cas d'ulcère simple, trois quarts d'heure.
3 cas d'entéroptose.

CHLORHYDRIE NORMALE

1 cas de grossesse normale.
2 cas d'hystérie avec vomissements.
1 cas de dilatation considérable de l'estomac.

HYPOCHLORHYDRIE

15 cas de tuberculose pulmonaire.
2 cas de gastrite alcoolique.
1 cas de cancer de l'estomac.
1 cas de cirrhose atrophique du foie avec gastrite alcoolique.
1 cas de kyste hydatique du foie.
1 cas de rétrécissement mitral.
2 cas de chlorose légère.
1 cas de névralgie intercostale.
1 cas de gastrite urémique.
1 cas de lithiase biliaire.

Brunon, *Normandie médicale* (février 1891), est arrivé, de son côté, aux résultats suivants :

Sur 8 individus (4 bien portants et 4 atteints d'ulcères de jambe, sans aucun trouble gastrique), le temps de réaction a été de une heure et quart à une heure et demie.

Le temps de réaction a été moins long : une fois chez un ataxique avec crises gastriques (durée de la réaction : une heure) ; et deux fois chez des paralytiques généraux, chez lesquels la réaction s'est montrée au bout d'une demi-heure.

(1) Voir : MARFAN (*Archives de Médecine*, mai 1890).

Brunon a constaté un retard dans les cas suivants :

Chez 3 ataxiques sans accidents gastriques, de une heure trois quarts à deux heures et demie.

Dans 5 cas de gastrite alcoolique, de deux heures à quatre heures.

Dans 2 cas de gastralgie avec pyrosis, de trois heures et quart à quatre heures.

Dans 1 cas de rhumatisme chronique, cinq heures et demie.

Dans 4 cas de chloro-anémie, de trois heures et quart à trois heures trois quarts.

Dans 1 cas de tuberculose pulmonaire au début, trois heures et demie.

Dans 2 cas d'insuffisance tricuspide, de deux heures et quart à trois heures trois quarts.

Dans 1 cas de fièvre intermittente, quatre heures.

Dans 1 cas de névralgie lombaire chez une hystérique, deux heures et quart.

Dans 1 cas de cancer de l'estomac sans tumeur apparente, deux heures et quart.

Que signifient ces résultats ? A n'envisager que la question du diagnostic des lésions gastriques, il semble, *a priori*, qu'ils soient peu significatifs ? On peut voir, en effet, que, chez les malades atteints d'affections fort dissemblables, les résultats peuvent-être analogues. C'est ainsi que, chez des malades atteints de carcinome gastrique et chez d'autres atteints de maladies diverses (telles que affections du foie, lésions valvulaires, chlorose, tabes, tuberculose pulmonaire), les résultats peuvent être complètement identiques. Il peut y avoir, dans un grand nombre de cas peu comparables entre eux au point de vue de la maladie première, un long retard dans la réaction. De même, la réaction anticipée peut s'observer à la fois dans l'ulcère simple, dans l'entéroptose, dans les crises gastriques du tabes, etc. Que conclure de ces faits ?

La conclusion qui nous paraît s'imposer est que les troubles fonctionnels de l'estomac ne sont pas toujours invariablement causés par une lésion toujours la même. Des affections fort peu comparables (les unes gastriques, les autres de cause générale) peuvent troubler de la même manière la fonction gastrique et réaliser un vice de fonctionnement de l'estomac, qui se traduit tantôt par un excès, tantôt par une diminution du produit secreté, le suc gastrique, qui est plus ou moins chargé d'acide chlorhydrique. Les résultats fournis par la réaction de Günsburg ne permettent donc qu'une simple division de dyspepsie : en dyspepsies hyperchlorhydriques et en dyspepsies hypochlorhydriques. Mais cette division nous paraît des plus importantes au point de vue thérapeutique. Elle nous donne, en effet, la clef du traitement local en nous permettant d'instituer une médication dont les alcalins ou l'acide chlorhydrique fourniront la base assurée. A l'hyperchlorhydrie, conviendront les alcalins (tels que le bicarbonate de soude, la magnésie, le sous-nitrate de bismuth). A l'hypochlorhydrie conviendra l'acide chlorhydrique donné au moment de la digestion sous forme de limonade, ou sous forme de gouttes.

Digitized by Google

Le moment où apparaît la réaction nous indique en même temps le moment précis où doivent être administrés les alcalins ou l'acide chlorhydrique.

Grâce à cette notion la thérapeutique de l'estomac devient plus rationnelle.

En donnant l'état exact de la fonction chlorydrogénique, la réaction de Günsburg facilite singulièrement le traitement général des affections qui reconnaissent dans leur symptomatologie un trouble des fonctions de l'estomac.

Par la facilité de son emploi, cette réaction nous paraît destinée à rendre de réels services à la pathologie et à la thérapeutique les dyspepsies.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

OPHTALMOLOGIE

La cataracte chez les enfants, par M. Schnabel. — La fréquence de l'affection est donnée par la proportion de 4 0/0 de un an à dix ans, sur l'ensemble des malades : ce n'est donc pas une rareté. Cette statistique repose sur 700 cas de cataracte.

Parmi les causes, il faudrait noter l'existence de l'affection double chez plusieurs enfants de la même famille ; la plupart du temps un des parents a été atteint dans son jeune âge ; dans un cas la mère avait été opérée à l'âge de 3 ans des deux yeux ; dans un autre c'est le père à 5 ans. Il y a donc hérédité et même à longue échéance. La transmission héréditaire peut aussi être indirecte par les oncles ou les tantes. Enfin on peut, malgré que plusieurs enfants soient atteints, ne rien constater dans les antécédents des parents.

A côté de cette forme de cataracte héréditaire, on note celle qui résulte de lésions oculaires produites pendant la vie intra-utérine ou extra-utérine (*Wiener Méd. Woch.*, 1891, n° 4).

Parmi les cataractes acquises, un certain nombre sont congénitales, mais la plupart semblent développées après que le cristallin a été quelque temps normal. Ici encore on peut retrouver la cataracte chez les parents, mais aussi un œil parfaitement sain et normal. H. G.

Des indications de l'énucléation ou de l'éviscération oculaires, par M. Braunchweig. — On doit, c'est la conclusion de l'auteur, évider l'orbite de son contenu quand il s'agit de tumeurs malignes, intéressant le globe oculaire, ou le menaçant par leur siège sur les tissus ambiants contenus dans l'orbite (*Deut. Med. Woch.*, 8 janvier 1891).

L'énucléation doit être réservée contre les tumeurs intra-oculaires sans perforation scléroticale et sans envahissement des tissus extra-oculaires ; contre les affections intra-oculaires, à marche centripète et menaçant le nerf optique, comme le gliome rétinien ou l'ophtalmie sympathique. On doit réserver l'éviscération dans les cas de dégénérescence staphylomateuse, la panophtalmie limitée ou non au tissu cellulaire, pour les corps étrangers du globe de l'œil, l'iridocyclite, le glaucome, l'ophtalmie sympathique et dans les cas de blessures de l'œil quand il faut préserver l'œil sain. S. R.

THÉRAPEUTIQUE

Du traitement de la diphtérie, par M. Lœffler. — L'auteur a expérimenté l'action des diverses substances préconisées contre cette affection, en ensemençant des tubes de cultures avec les fausses membranes, traitées par ces remèdes (*Deut. Med. Woch.*, 5 mars 1891).

Il considère le sublimé comme la meilleure préparation et lui attribue une efficacité équivalente à celle de l'acide phénique à trois pour cent dans l'alcool. Sous leur influence, le bacille est stérilisé.

Un mélange de parties égales d'alcool et d'essence de térébenthine additionné de deux pour cent d'acide phénique donne des résultats équivalents, mais non supérieurs. Il faut adopter la solution phéniquée à trois pour cent pour les gargarismes et pratiquer des badigeonnages avec une préparation phéniquée à cinq pour cent, de brome à un pour cent ou bien avec les solutions de crésol. Par contre, le cyanure de mercure, dont on a obtenu de bons résultats au lit du malade, ne stérilise guère les cultures *in vitro*. S. R.

Traitement des angines scarlatineuses et diphtéritiques par les irrigations, par M. Manning. — Cette note confirme les bons résultats obtenus par cette médication (*The Lancet*, 25 avril 1891).

L'originalité du procédé de l'auteur consiste dans l'emploi d'un glycéré pour la préparation rapide de l'eau boriquée. En voici la formule :

Acide borique pulvérisé	4 parties
Glycérine	3 parties

Une grande cuillerée de cette solution dans un tiers de litre d'eau chaude. On pratique les irrigations pharyngées ou nasales au moyen d'une seringue contenant 120 à 180 grammes de la solution. M. Manning cite en faveur de ce procédé quinze cents cas dans lesquels ces irrigations procurèrent de bons résultats. S. R.

De la médication préventive de la syphilis, par M. Watroszewki. — L'auteur considère l'excision du chancre primitif comme inopportune, parce que, pour être efficace, cette opération devrait être pratiquée à une période de la maladie où le diagnostic est impossible. Il condamne aussi l'administration du mercure et de l'iodure de potassium avant l'apparition des incidents secondaires. (*Arthiv. f. derm. und. syphili*, t. XXIII, f. 1 p. 21).

Quant ces médicaments exercent une action préventive, c'est, écrit-il, qu'ils ont été donnés à une époque où la syphilis latente va se manifester. Or, cet effet abortif, ajoute-t-il, aurait pour effet de retarder l'élimination de l'agent virulent et de retarder l'évolution de la maladie sans en atténuer la violence. M. Watraszewsky condamne même l'acharnement de ceux qui, avec M. Fournier, prescrivent sévèrement le traitement spécifique dès le début de la syphilis. Il accuse cette mercurialisation des syphilitiques, de provoquer l'hydrargyrisme chronique et des lésions des centres nerveux.

Ce jugement est-il légitime ? On se le demande et, de plus, on regrette, ajouterons-nous, une telle sévérité, qui aurait pour conséquence de mettre les malades en suspicion contre un médicament qui a fait ses preuves. S. R.

Le chlorhydrate de phénocolle, par M Hertel. — Cette substance, qui est l'amido-acétoparaphénétidine, dérivée à la fois de la glycocolle, de l'acide amido-acétique et de la phénétidine, doit être considérée comme une phénacetine. C'est une poudre blanche, cristallisée, soluble dans 16 parties d'eau environ. (*Deut. med. Woch.*, 9 avril 1891, n° 15, p. 521).

A la différence des antithermiques de ce groupe, elle n'altère point le sang et cependant abaisse la température de deux degrés sans produire ni collapsus ni cyanose. De plus, pas d'action sur le rein. Un gramme de phénocolle posséderait un pouvoir antithermique comparable à deux grammes d'antipyrine. De plus, aux doses de cinquante centigrammes à un gramme elle serait analgésique. M. Hertel l'a prescrite contre la fièvre des phtisiques à la période des cavernes ; contre le rhumatisme articulaire aigu simple et compliqué d'altération cardio-vasculaire et dans le rhumatisme blennorrhagique. Les doses variaient de un demi à un gramme. On les ordonnait sous la forme de solutions aqueuses.

Digitized by Google

Enfin, autre fait à noter, l'élimination était rapide et, douze heures après l'ingestion, on trouve une réaction dans les urines par l'action du perchlorure de fer. S. R.

TOXICOLOGIE

Un cas d'empoisonnement par le nitro-benzol, par M. A. Dodd. — Le malade avait ingéré, en une seule fois, huit grammes de nitro-benzol et au moment où l'auteur le vit, c'est-à-dire trois quarts d'heure après l'accident, il présentait de la cyanose, de la faiblesse extrême du pouls et de l'arythmie respiratoire. (*The Brit. med. journal*, 18 avril 1891).

On pratiqua le pompage stomacal. On administra des injections d'éther et le malade, transporté dans un dispensaire, guérit malgré la dose élevée du poison ingéré. Dans les cas classiques, on a observé des empoisonnements mortels après l'ingestion même de quelques centigrammes de ce médicament. Cette ingestion avait, il est vrai, eu lieu par doses fractionnées.

Dans un cas semblable, il y a donc lieu de pratiquer le pompage stomocal et d'éviter surtout l'usage de l'alcool qui favoriserait l'absorption du poison. S. R.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

MÉDECINE

Traitement du collapsus

Vous direz qu'on ne traite pas le collapsus, que le collapsus n'est qu'un symptôme et qu'on doit s'adresser à sa cause. Cette objection est fort juste en théorie ; mais, en pratique, il peut en être autrement, soit parce qu'on est appelé près d'un malade qu'on ne connait pas et pour lequel les renseignements manquent pour établir un diagnostic ferme, soit parce que le diagnostic fait ou connu, le syndrôme constitue non seulement une indication majeure ou surajoutée, mais, qui plus est, une indication d'urgence.

Le traitement du collapsus est un traitement ingrat, parce qu'il échoue souvent; mais ce n'est pas une raison pour se croiser les bras, sauf lorsque l'agonie semble trop manifeste, pour ne pas devoir respecter les derniers moments d'un mourant.

Si l'on fait l'analyse de cet état, on voit qu'il consiste en un ralentissement général de toutes les fonctions, ralentissement d'autant plus important quand il s'adresse à des fonctions plus nobles. Le cerveau intellectuel, sensitif et moteur, n'agit plus ; les phénomènes de la vie végétative : circulation, respiration persistent encore, quoique à un faible degré ; faiblesse du pouls, superficialité de la respiration, d'où refroidissement, cyanose, congestion passive de tous les organes : poumon, reins, cerveau en particulier, d'où il s'en suit que les sécrétions sont réduites au minimum, que la dépuration urinaire n'existe plus qu'à l'état rudimentaire, que le sang ne s'hématose que très incomplètement au niveau des alvéoles pulmonaires, et que le foie ne remplit plus son rôle de destructeur des substances toxiques.

D'après l'analyse physiologique du syndrôme, on voit que l'action doit porter surtout sur le système circulatoire, central et périphérique. Du reste, d'après M. Huchard, le grand danger, et peut-être le mode productif du collapsus, est l abaissement extrême de la tension artérielle.

Si le malade peut encore avaler, nous lui donnerons par la bouche les excitants, en ayant soin de bannir les substances qui pourraient s'accumuler et venir ajouter leurs effets toxiques aux matières extractives (ptomaïnes et autres) déjà retenues dans l'organisme par le mauvais état de la circulation et de l'excrétion.

En premier lieu doit figurer l'alcool sous toutes ses formes: vins généreux (malaga, porto, xères, etc., champagne, eau-de-vie, rhum, teintures de quinquina, de cannelle) ; on peut y joindre l'éther, les sels ammoniacaux.

Le quinquina, l'extrait surtout, la teinture dans une potion alcoolique, sera donné largement.

Le café noir en infusion concentrée ou bien la caféine en potion et en injections sous-cutanées, 1 gramme 50 à 2 grammes pour les 24 heures ; les infusions de kola rendront les plus grands services.

L'oxygène en inhalations aurait une bien plus grande action pour suppléer au manque d'hématose si le gaz pouvait pénétrer jusqu'aux alvéoles ; mais ce résultat est loin d'être obtenu. On pourrait, sans doute, y suppléer par les injections sous-cutanées du gaz, comme on l'a proposé dernièrement. Mais ce moyen n'est pas encore entré dans la pratique.

Souvent, l'ingestion buccale n'est plus possible ; on peut alors avoir recours aux lavements, en les prescrivant de petit volume et à peine tièdes ; on peut espérer que les malades les garderont tout au moins en partie ; du reste, on peut les renouveler. Ils contiendront du café, de l'eau-de-vie et presque tous les médicaments précédents, seuls ou associés.

Mais les lavements peuvent aussi devenir d'une pratique très pénible par la difficulté de bouger le malade, par la souillure du lit, par les lavements rendus, etc.; il ne reste alors plus que les injections sous-cutanées. Celles d'éther sont d'un usage courant ; il faut les faire profondément dans les muscles en enfonçant l'aiguille de la seringue de Pravaz perpendiculairement à la peau et ne pas craindre de les renouveler, quatre ou cinq à la suite, par exemple. A la place de l'éther, on peut se servir d'eau-de-vie, d'alcool, qu'on a plus facilement sous la main.

Mais, avec l'éther, la substance qui rend les plus grands services est la caféine en solution concentrée, soit :

Caféine..... 2 grammes 50
Benzoate de soude..... 3 grammes
Eau, q. s. pour faire 10 centimètres cubes

Faire à chaud. Cette quantité peut être injectée presque entièrement, dans les 24 heures, par seringues entières.

Dans certains cas, on se trouvera bien de la teinture de musc, par quarts de seringue.

Une solution de sulfate neutre de strychnine au millième, aux mêmes doses, permet d'injecter environ quatre seringues dans les cas de paralysie pulmonaire.

Le camphre s'utilise sous les formes suivantes :

Ether sulfurique..... 10 grammes
Camphre raffiné..... 2 —
(ou q. s. pour saturer X gouttes à 1 ou 2 seringues).

Digitized by Google

Ou sous cette autre forme :

Huile camphrée..... 1 à 3 seringues

Ou bien encore avec Henoch :

Camphre..... 0 60 centigr.
Alcool..... } áá 5 grammes
Eau..... }

Dans un autre ordre d'idée, on a recours au sel marin :

Chlorure de sodium ... 7 grammes
Alcool absolu..... 10 —
Eau distillée bouillie... 1 litre

Keppler injecte à la fois 50 centimètres cubes de cette solution à 37°, au niveau de chaque région sous-clavi culaire, toutes les minutes, toutes les cinq minutes, toutes les demi-heures, selon le besoin ; il ne recule pas devant l'emploi de 8 à 10 litres, dans la journée, contre le collapsus cholérique, par exemple.

Toutes ces pratiques thérapeutiques s'adressent surtout à la circulation centrale, au cœur central ; mais, par les applications externes, nous pouvons aussi agir sur la circulation périphérique, sur le cœur périphérique.

D'abord, nous réchaufferons le malade par des boules d'eau, des enveloppements de ouate aux membres inférieurs, par des frictions alcooliques, aromatiques, avec l'essence de térébentine et par des frictions sèches. Il sera indiqué de recourir à l'application de nombreux sinapismes, aux enveloppements sinapisés, aux bains sinapisés, au marteau de Mayor.

Au besoin, on électrisera le pneumogastrique.

De tous les traitements, le plus efficace est celui par les injections d'ergotine, de caféine, d'éther, et de strychnine.

Tous ces médicaments relèvent la tension artérielle, l'ergotine agit surtout sur la circulation périphérique, la caféine agit à la fois sur le cœur, les vaisseaux et sur la secrétion rénale; enfin l'éther se comporte comme un excitant. On pratique 3 à 4 de chacune de ces injections par jour (3 d'ergotine, 3 d'éther, 3 de caféine), et c'est ainsi qu'on fait parfois disparaître le rythme fœtal des bruits du cœur ou embryocardie (Huchard), syndrôme des plus graves, annonçant un abaissement considérable de la tension artérielle, et constituant un des éléments pathogéniques du collapsus.

Dr H Gillet.

REVUE DES LIVRES

Traité de thérapeutique et de pharmacologie, par M. le Dr H. Soulier, professeur à la Faculté de Lyon, t. I (Paris 1891, Savy).

Cet ouvrage, qui promet d'être considérable, reproduit l'enseignement de l'auteur à la Faculté de Lyon. C'est dire qu'il est à la fois classique, original et pratique.

Il est classique, en effet, parce que M. Soulier a voulu y donner « un exposé suffisamment complet de l'état thérapeutique actuel », à l'usage des étudiants. Il est original par l'ordonnance de ses diverses parties, les critiques que l'auteur formule avec une conviction et une indépendance parfaites. Enfin il est pratique parce que ses divers chapitres ont pour objet de fixer les indications de chaque remède dans chaque maladie et de faire connaître, tout à la fois, sa pharmacologie et sa posologie. Ces mérites suffiront, je n'en doute point, pour lui acquérir l'estime de tous ceux qui le liront.

Pour M. Soulier « la *médication* est l'action médicamenteuse » elle-même telle qu'on la représente, adéquate à l'*indication*, » si bien liée à celle-ci qu'elles ont même nom, même histoire ; » celle de nos systèmes médicaux. »

L'histoire des médications « est donc celle de la médecine, » de nos erreurs ou plutôt de nos exagérations ». Et notre confrère lyonnais ajoute : « Je dis, de nos exagérations car, » en dépit du discrédit dans lequel est tombé l'eclectisme, il » est difficile de ne voir que des erreurs dans les différents » systèmes médicaux qui se sont succédé ; l'intransigeance » seule fut leur faute. »

C'est dans cet esprit tolérant, somme toute, et libéral que M. Soulier a écrit ce livre. Il est ecclectique et redoute les théoriciens. Je crois qu'il n'a point tout à fait tort et que l'on peut répéter avec lui : « *cave a consenquentiariis* : prenez garde aux tireurs de conséquences. »

Ce volume est consacré aux *antiseptiques* et aux *désinfectants*, aux *anodins*, aux *altérants*, aux *alcaloïdes* et aux *pseudo-alcaloïdes*, aux *hypnogogues*, aux *antispasmodiques* et aux *toniques*. C'est, on le voit, une faible partie de la matière médicale. L'étude de chaque susbstance médicamenteuse comprend deux paragraphes : l'un, notice pharmacologique, est un abrégé de matière médicale, de physiologie et de chimie ; l'autre, un résumé des indications et de la posologie. Bref, malgré ses dimensions considérables, ce volume emprunte aux manuels la forme et le plan classique suivant lesquels on les rédige. Est-ce un avantage ou un défaut ? Sur ce point les avis sont partagés et je crains bien qu'après avoir lu l'ouvrage de M. Soulier, on demeure dans le même embarras.

A tous ces points de vue, l'ouvrage actuel sera utile à consulter. Sa bibliographie n'est peut-être point complète, des travaux français ont été omis, mais ces lacunes seront aisées à combler. Il rendra donc des services aux étudiants pour la préparation de leurs examens. Par contre, après l'avoir lu, on pensera peut-être que trop d'eclectisme nuit. Puis, en tournant le dernier de ses feuillets, on se dira que — c'est l'excuse légitime de notre estimé confrère lyonnais—; nous traversons une période de transition scientifique et qu'il est difficile, sinon prématuré, à l'heure actuelle, même en s'inspirant « de Buffon et de Jussieu » de vouloir méthodiquement ordonner, dans une classification dite naturelle et dans un traité didactique, les choses de la thérapeutique.

Ch Eloy.

Traité élémentaire d'anatomie médicale du système nerveux, 2e édition, par M. le Dr Féré, médecin de l'hôpital de Bicêtre (Paris, 1891, Doin).

Cette édition diffère considérablement de la précédente.

Sans se perdre dans les questions litigieuses, l'auteur a abordé les détails microscopiques et a exposé très clairement la structure du bulbe, du cervelet, du mésocéphale, de la cavité optique et des noyaux lenticulaires ; de nombreuses déductions physiologiques et pathologiques en relèvent incessamment l'aridité de l'exposé anatomique, au point que le lecteur a une notion complète des progrès physiologiques et cliniques, en même temps qu'il comprend plus clairement la structure des centres nerveux ; l'auteur a appliqué avec le même succès la même méthode à l'étude du système nerveux périphérique ; c'est le seul traité complet et au courant de la science sur toutes ces questions ; un tel livre sera lu certainement avec intérêt et avec fruit par les étudiants et les médecins.

Dr Charpentier

Digitized by Google

FORMULAIRE DU PRATICIEN

GYNÉCOLOGIE

I. **Traitement de la gastralgie utérine.** — Cette complication fréquente des maladies utérines est justiciable du traitement local et du traitement général.

On ne doit pas oublier qu'elle est habituellement liée au névrosisme ou en rapport avec l'état neurasthénique des malades.

A l'*intérieur*, comme moyen préventif des accès, ingérer avant chaque repas une à deux cuillerées à café de la potion suivante :

Bromure de potassium.....	5 grammes.
Hydrochlorate de cocaine.....	5 centigr.
Eau distillée.....	100 grammes.

Au moment des crises, injections morphinées ou bien ingestion par cuillerée à café, de deux heures en deux heures, de la potion suivante :

Sp. d'écorces d'orange amère...	ãã 15 grammes.
Sp de morphine.....	
Sp. d'ether.....	

A l'*extérieur* : au moment des crises, frictions douces sur l'hypogastre avec le liniment chloroformé.

Alcoolat de Fioraventi.....	32 grammes.
Chloroforme.....	8 —

M. s. a. pour usage externe.
Ou bien : petit vésicatoire morphiné.

Dans l'intervalle des accès, pratiquer, chaque semaine au moins, la révulsion sur cette même région, avec la pointe du thermocautère.

MALADIES DES ENFANTS

II. **Traitement de la bronchite chronique et de l'adénopathie bronchique.** — D'ordinaire on fait des iodiques la base du traitement. C'est avec raison, mais il y a avantage, pour éviter toute excitation trop vive des organes malades, de combiner l'action du soufre et de l'arsenic avec celle des iodiques.

C'est, d'ailleurs, l'avis que M. J. Simon a formulé depuis longtemps dans ses conférences cliniques. Voici donc quelle serait l'ordonnance dans un cas d'adénopathie bronchique.

1° Le matin à jeun ingérer un verre à bordeaux d'eau du Mont-Dore (enfants de 5 à 6 ans) ou d'Eaux-Bonnes (enfants de 7 à 8 ans). L'eau minérale sera additionnée de lait chaud.

2° Aux repas, usage de la bière, du vin de quinquina ou de gentiane; et de l'iodure de sodium, à raison de 5 à 10 centigrammes.

L'iodure alcalin sera prescrit dans la bière ou le vin médicinal et continué pendant deux périodes de huit jours chacune, dans le mois.

3° Pendant les deux semaines d'intervalle on remplace le traitement iodure par les arsenicaux. (III à IV gouttes par jour de liqueur de Fowler véhéculées dans la bière.)

4° Badigeonnages avec la teinture d'iode, ou emploi du coton iodé en couche très mince.

5° Pour combattre les quintes de toux, on administrera, matin et soir, à distance des repas, 5 à 10 gouttes d'une mixture anti-spasmodique :

Teinture de belladone....	ãã parties égales.
Teinture d'aconit.....	

6° Hygiène sévère — cure de montagnes — station au Mont-Dore, et plus tard aux Eaux Bonnes. Climat doux. Suspendre la médication iodurée ou sulfureuse, dans les saisons humides et froides, en raison de la fluxion des muqueuses qu'elles peuvent provoquer.

C. Eloy.

CORRESPONDANCE DE PARIS

Paris, 3 mai 1891

Quelques indications du régime lacté

Voici le résumé de quelques observations relatives à l'utilité du régime lacté, et qui, je l'espère, pourront intéresser, par leur caractère essentiellement clinique et répondant bien au but qu'indique le titre même de ce journal. Je n'ai pas la prétention d'écrire du nouveau, mais je veux seulement montrer une fois de plus le parti si fréquent qu'on peut tirer du lait, malgré les obstacles et les préjugés auxquels on se heurte dans son application pratique, et entretenir l'attention de nos confrères sur une médication, bien simple par elle-même, qui donne des résultats inespérés dans les circonstances les plus graves.

M. C..., négociant, âgé de 53 ans, m'est adressé en octobre 1889, désespéré de voir l'état de sa santé s'aggraver chaque jour, malgré les soins que lui ont donnés, l'un pendant trois ans l'autre depuis cinq mois, deux de nos confrères qui jouissent à Paris d'une grande réputation : oppression extrême, non seulement pour monter, mais impossibilité, la nuit, de garder le lit; engouement des deux poumons et même un peu d'épanchement à la base; a eu un bruit de galop au cœur d'après une note placée en tête d'une des ordonnances, mais actuellement battements désordonnés, sans souffle véritable, visibles aux vaisseaux du cou; peu d'urine, paraît-il, et j'y constate une quantité notable d'albumine.

Le malade avait pris, pendant trois années, de l'iodure de potassium, du sulfate de spartéine, de la digitale, de la terpine, de l'antipyrine, de la lactose, etc.; respiré de la pyridine, mis des vésicatoires, le tout pour en arriver à cet état; dans les derniers temps il prenait encore alternativement, dans une même semaine, tantôt de la liqueur de Fowler, tantôt de la digitale ou de la digitaline ou bien de l'iodure de potassium; en sorte qu'il y avait association des médicaments qui augmentent la tension artérielle et de ceux qui la diminuent. Le lait avait certainement été recommandé, mais sous forme mixte, c'est-à-dire sans que le malade en comprit l'importance et la nécessité absolue.

— Vous marchez vers l'hydropisie, lui dis-je, si vous n'y êtes déjà, et de fait il avait de l'œdème malléolaire et de l'œdème pulmonaire. Vous devriez supprimer tout médicament, toute alimentation substantielle, vin, etc., pour vous consacrer au lait exclusivement, pris à la tasse toutes les heures, tiédi au bain-marie, ou à la température de la chambre si l'estomac le supporte mieux ainsi, préalablement bouilli si l'on craint les microbes. Vous arriverez de cette façon à boire facilement 2 litres et demi à 3 litres par jour.

Ce qui fut dit fut fait : dès les premiers jours, la quantité d'urine s'éleva de 700 ou 800 grammes à 1,800 et 2,000 grammes par jour, et, avec l'aide d'une macération de digitale, à 2,500 et 3,000 grammes.

Moins d'un mois après, la transformation était complète : le malade respirait et dormait dans la position horizontale, ce qui ne lui était pas arrivé depuis de longs mois; sa circulation était régularisée; l'auscultation confirmait l'amélioration remarquable des fonctions; son œdème avait disparu. Il traversa sans embarras l'épidémie d'influenza et put reprendre ses occupations. Son rétablissement ne s'est pas démenti depuis : il y a maintenant dix-huit mois. Est-ce à dire que je considère M. C... comme absolument guéri? Non, assurément. Je crois qu'il lui est nécessaire de continuer une certaine dose de lait, tout en lui ayant permis de se départir de la rigueur de son régime, quitte à le reprendre à la moindre alerte. Buvez du lait, lui ai-je dit, maintenant par reconnaissance.

Il y a quelques années, je donnais des soins à un riche manufacturier, âgé de près de 70 ans. Une nuit il avait été pris d'un accès asthmatiforme avec état asphyxique et syncopal auquel il

Digitized by Google

avait failli succomber. Bien que se nourrissant très mal, tant il avait de dégoût pour les aliments, il ne pouvait se décider à prendre du lait en quantité suffisante. La dyspnée effrayante dont il avait été atteint était évidemment liée à une artériosclérose dont une petite quantité d'albumine était l'une des expressions symptomatiques. Un second accès survint, presque aussi terrible que le premier; cette fois, le malade comprit qu'il n'y avait plus à hésiter. Une consultation avec M. Potain confirma la nécessité du régime lacté, et le malade dut au lait une prolongation d'existence de cinq années, pendant lesquelles il se révolta bien souvent contre son régime, mais était toujours forcé d'y revenir, aussitôt que quelques avertissements d'oppression lui en rappelaient la nécessité. Ce ne fut, du reste, qu'un catarrhe mucoso-purulent qui mit fin à ses jours.

L'année dernière (1890), j'eus à soigner un autre vieillard de 93 ans dont la santé était restée excellente malgré cet âge avancé. Aussi avait-il gardé ses habitudes d'autrefois. Il buvait du bon vin, mangeait volontiers de la viande, prenait du café et un petit verre d'eau-de-vie après son repas. Lui parler de lait, c'était le mettre en colère, et d'abord il ne pouvait pas le souffrir. Un jour, cependant, la fonction urinaire fut entravée; l'appétit cessa; il eut quelques troubles gastriques, nausées, vomissement même, l'urine avait diminué de quantité et était devenue légèrement albumineuse. Un peu d'œdème malléolaire et même de la face dorsale des mains accusait la tendance à l'hydropisie. Je parlai de nouveau du lait, et pendant plusieurs jours, ce fut une véritable lutte.

Heureusement soutenu par une famille intelligente, je parvins à le décider à tenter l'aventure. « Voulez-vous continuer à vivre ? C'est la seule médication héroïque qui vous soit applicable. » Tel était l'argument que j'opposais à sa résistance.

Il prit du lait, comme toujours par petites quantités, et le résultat fut tel que je n'aurais osé l'espérer. Le cours des urines se rétablit; l'albumine disparut ainsi que l'œdème. L'état général marcha de pair avec l'amélioration fonctionnelle. L'intelligence, un instant engourdie, reprit toute son activité; le malade avait recouvré le sommeil. Il buvait le lait avec plaisir. « Je l'aime, disait-il, et vous me l'avez fait aimer. »

Il faisait ses préparatifs de départ pour la campagne, lorsqu'un accident dû à une sortie imprudente, une chute dans un escalier, dont la cause est restée obscure, termina brusquement le résultat le plus remarquable qu'on puisse observer à cet âge, 93 ans!

La même année (1890), un de mes clients dont la santé avait déjà été ébranlée par un anthrax de la nuque, sans glycosurie, un an auparavant, et par l'influenza l'hiver suivant, avait conservé depuis cette dernière affection une tendance à l'oppression, quand il montait ou faisait un effort quelconque. Un instant j'avais constaté un peu de louche dans ses urines par la chaleur et l'acide nitrique, mais ce phénomène avait disparu, et, chose à noter, ne s'est pas reproduit depuis. Cependant, considérant que j'avais affaire à un homme déjà âgé (64 ans), fatigué, et dont la vie avait été bien remplie par le travail et par beaucoup de préoccupations, je pensais déjà à modifier sérieusement son régime, mais je ne me dissimulais pas que c'était se heurter, pour un symptôme bénin jusqu'alors, non seulement au malade lui-même, mais à un entourage qui ne manquerait pas d'arguer de la faiblesse et d'autres considérations habituelles aux gens du monde quand on propose un système aussi radical que la diète lactée.

Bientôt quelques accès de nature asthmatique survinrent de temps en temps le soir ou la nuit pendant la saison humide. Pressé par sa famille, le malade prit une consultation d'un de nos distingués confrères qui crut pouvoir rattacher les accidents à un catarrhe des voies supérieures avec granulations naso-pharyngiennes; mais les accidents asthmatiques nocturnes s'accentuèrent, et se répétèrent de telle sorte que le patient commença à s'inquiéter, et tomba dans un état de mélancolie, d'idées noires, que l'insomnie, l'obligation de passer la nuit dans un fauteuil ne faisaient qu'aggraver. Malgré le soulagement apporté par de petites doses d'iodure de sodium, des essais de fumigations variées, etc., l'état restait stationnaire, et cependant il n'y avait pas d'albumine dans les urines dont le cours était encore régulier; rien au cœur, sauf quelques irrégularités passagères; dans les bronches un peu de sifflement, surtout pendant les crises, et des râles humides aux bases pulmonaires; nulle trace d'œdème aux membres, mais, en explorant les artères radiales, le doigt constatait une sensation de résistance avec flexuosités.

Après une semaine pendant laquelle le taux des urines s'abaissa au-dessous du litre, je parlai de nouveau au malade de la conviction que j'avais de l'utilité du régime lacté pour en finir avec une situation qu'il ne pouvait, disait-il lui-même, supporter plus longtemps. Le lait fut commencé le jour même, et, quarante-huit heures après, l'oppression avait déjà diminué. Les urines s'élevèrent rapidement à deux litres au moins.

Les crises disparurent; les bases pulmonaires cessèrent d'être engouées, et un sommeil réparateur succéda à l'insomnie si pénible pour le malade. Les fonctions cérébrales se rétablirent si bien que M. R..., qui avait perdu toute aptitude au travail, s'y remit avec ardeur, et malgré mes recommandations finit par négliger son régime plus que je ne l'y avais autorisé. Au bout de deux mois il se sentit repris d'une oppression qui, pendant quelque temps, ne l'empêcha pas de rester couché, mais il éprouvait une grande faiblesse au moindre effort; toujours rien au cœur ni dans les urines.

Dégoûté du lait qu'il se sentait disposé à accuser de l'avoir affaibli, il voulut essayer du grog, de l'extrait de quinquina, mais, les mauvaises conditions atmosphériques aidant peut-être, il ne tarda pas à être repris de dyspnée asthmatiforme pendant plusieurs nuits et à la fin du jour; les bases pulmonaires étaient quelque peu engouées, et les urines s'abaissèrent à un demi-litre. Je profitai de cette leçon nécessaire pour tous les malades de ce genre, et lui fis reprendre le lait. En deux jours, comme la première fois, les urines remontèrent à deux litres et plus; le pouls descendit de 84 à 72; la respiration fut si vite améliorée que le malade put garder le lit la seconde nuit.

En voilà assez, je pense, pour montrer l'utilité du régime lacté. Le traitement médicamenteux n'a eu à remplir ici qu'un rôle secondaire, car les iodures, la digitale, la caféine, etc., malgré leurs indications très nettement définies aujourd'hui, ont besoin à un certain moment d'être secondés par le lait, et s'effacent même souvent derrière lui.

J'ai la conviction que, chez les vieillards ou chez ceux qui sont vieux prématurément, par leurs artères, comme on l'a dit, le lait devrait se substituer préventivement, en partie au moins, à l'alimentation ordinaire. Je renverserais volontiers l'adage de nos pères « le vin est le lait du vieillard », en disant : « le lait est le vin du vieillard ».

Dr C. Lelion,
Ancien interne des Hôpitaux.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES FRANÇAISES

Bordeaux. **Société de médecine et de chirurgie** (24 mars 1891). — I. *Traitement de la syphilis des amygdales pharyngées et préépiglottiques.* — Nantes. **Société de médecine** (3 avril 1891). — II. *Traitement antiseptique de l'infection puerpérale.*

I. Les manifestations de la syphilis des amygdales pharingées et préépiglottiques et leur traitement. — Ces

Digitized by Google

accidents se traduisent par le nasonnement et l'essoufflement; au lieu de siéger seulement sur le tissu adénoïde de la cavité naso pharyngienne, les lésions s'étendent aux prolongements de ce tissu, dans la fossette de Rosenmuller et sur le pavillon de la trompe. On observe donc des troubles auriculaires. Le diagnostic de ces accidents et de ces lésions est en général aisé et le pronostic assez benin.

Quel traitement faut-il adopter? MM. Moure et Raulin prescrivent, cela va sans le dire, la *médication spécifique*, et, en premier lieu, le sirop biioduré suivant :

Biiodure d'hydrargyre.	10 à 15 centigr.
Iodure de potassium	15 à 20 gramm.
Sirop d'écorces d'oranges amères ou eau...	300 grammes

Ou bien, s'il y a intolérance pour ce sirop, la dose quotidienne de deux à trois pilules suivantes :

Protoiodure d'hydrargyre....	0.025 milligrammes.
Extrait thébaïque	0.01 centigramme.
Extrait de quinquina.....	0.02 centigrammes.

Pour une pilule. — Administrer ces pilules avant les repas.

Le *traitement hygiénique* consiste à proscrire le tabac et les aliments irritants.

Le *traitement local* consiste en badigeonnages pratiqués sur les plaques muqueuses avec le porte-ouate laryngien et le glycerolé iodo-ioduré :

Iode métalloïdique.....	0.25 centigrammes.
Iodure de potassium	0.30 centigrammes.
Landanum de Sydenham.	2 grammes
Glycérine neutre ou eau..	45 à 60 grammes.

Une cuillerée à café de cette solution par verre d'eau tiède servira pour les gargarismes après chaque repas.

On pratiquera des pulvérisations rétro-nasales, soit avec la liqueur de Van Swieten (une cuillerée à bouche par verre d'eau tiède), soit avec la solution résorcinée et boriquée.

Résorcine	3 grammes.
Acide borique.....	5 —
Glycérine pure.....	50 —
Eau.....	450 —

On emploie encore les douches nasales avec l'eau boriquée, phéniquée et chloralée, ou l'acide crésylique.

Les auteurs conseillent contre les symptômes auriculaires le cathétérisme, le Politzer et les insufflations iodées, enfin les moyens chirurgicaux, pour réprimer l'hypertrophie du tissu adénoïde : cautérisations galvaniques, raclages, celui-ci de préférence à celle-là pour la cavité naso-pharyngienne et là où le couteau de Gottslein peut avoir accès.

Au demeurant, le traitement de ces accidents syphilitiques ne diffère guère de celui que l'on emploie contre les manifestations habituelles de la maladie sur les amygdales. On doit tenir compte des complications, et c'est pour ce motif seulement que ces indications diffèrent quelque peu de celles du traitement classique. Il n'en est pas moins certain, cependant, que les recherches de MM. Moure et Raulin offrent un réel intérêt par leur originalité.

II. **Traitement antiseptique de l'infection puerpérale.** — Ces cas deviennent fort heureusement de plus en plus rares par la généralisation des méthodes antiseptiques. Cependant, de ci de là, on en observe des faits. M. Perochaud en signalait, l'autre jour, deux à ses collègues de la Société de médecine de Nantes.

L'un se rapportait à une accouchée qui, le cinquième jour après une parturition normale, accusait de la fièvre, de la prostration, du ballonnement abdominal, de petits abcès sous-épidermiques au niveau des fosses iliaques et bientôt après, de l'empâtement dans un cul de sac vaginal. On diagnostiqua la présence de débris de membranes et de caillots dans la cavité utérine.

Le traitement, fort rationnel, adopté par M. Perochand, consiste localement dans le curettage utérin suivi de lavages internes à l'eau bouillie et de lavages vaginaux avec la solution de sublimé au millième. Comme traitement interne, on prescrit les grogs de champagne, la potion de Todd, des évacuations par l'eau de Sedlitz et l'administration du salol que l'on formule ainsi :

Salol.... 2 grammes

Faites et divisez en quatre paquets : prendre dans les vingt-quatre heures.

La guérison fut rapide.

Dans la seconde observation, on vit les accidents débuter deux jours après l'accouchement. On pratiqua des lavages intra-utérins et vaginaux avec l'eau bouillie; après antisepsie des organes génitaux externes, on obtura la valve au moyen d'un tampon d'ouate hydrophile imbibé d'eau bouillie, et on la soumit au même traitement interne que la précédente. Elle guérit malgré des accidents de péricardite.

Au demeurant, ces observations, si banales au point de vue de la symptomatologie, démontrent cependant que le traitement antiseptique peut, même tardivement employé, sauver des malades.

Cependant, le curettage utérin n'a pas dans M. Valentin un partisan fort convaincu. En manière d'objection, il a donc répondu à M. Perochaud en citant la pratique de M. Pinard, son maître, et l'emploi des irrigations continues par le procédé des deux matelas, si cher, paraît-il, au directeur de la clinique Baudelocque. On le connait : la femme est couchée entre deux matelas repliés, une toile imperméable sous le bassin et une sonde à demeure dans l'utérus. Elle doit rester dans cette position pendant deux, trois et quatre jours pendant que l'on pratique l'irrigation utérine continue avec 500 ou 600 litres d'eau boriquée, salolée ou naphtolée.

Eh bien! comme M. Ollive le fait remarquer, ce procédé n'est point recommandable. Le jet continu peut provoquer la perforation utérine. M. Pinard est seul, avec quelques-uns de ses élèves, à le recommander.

De son côté, M. Perochaud doute fort que la position imposée soit facile à obtenir de la docilité d'une femme très malade. Il y a des mouvements intempestifs, la sonde se déplace; bref, ce procédé comme son inventeur n'ont pas fait école. Cela se comprend, et nos honorables confrères de Nantes, ont, en le rappelant, exprimé une opinion assez généralement et fort judicieusement reçue. A ce point de vue leur opinion est à retenir.

S. R.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 1er mai 1891

Présidence de M. le Dr Labbé

La Société se réunit en comité secret dès le début de la séance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 mai 1891

Présidence de M. le Dr Tarnier

M. Robin lit un rapport sur les eaux minérales.

De la néphrectomie. — M. Ledentu présente le rein d'une femme atteinte de lithiase rénale et qu'il a opérée ce matin. Ce rein présente le fait remarquable d'être rempli de gaz au point qu'en pressant l'organe, on produit un gargouillement intense. Il n'y a dans la science qu'un seul cas semblable.

M. Guyon fait observer que ce rein peut être comparé à la

Digitized by Google

vessie, puisqu'il fait réservoir. Or, dans la vessie, il peut se former des gaz, à la double condition que : 1° l'urine contienne du pus ; 2° qu'elle renferme du pus. M. Guyon demande si ces deux conditions étaient remplies dans le cas actuel.

M. Ledentu réplique que la loi formulée par M. Guyon est trop absolue. Il connait un malade qui présente de la pneumaturie et qui, cependant, n'a pas de diabète et a des urines presque normales.

De la dépopulation de la France. — M. Dujardin-Beaumetz, revenant sur la dernière séance, déclare, contrairement à M. Guéniot et s'appuyant sur une statistique de M. Bruel, sur les enfants nourris par les mères à qui on fournit des secours, meurent moins que les enfants recueillis par l'Assistance. De 1881 à 1886, la mortalité des premiers a été de 18 0/0, et celle des seconds de 34 0/0.

M. Guéniot en appelle de M. Bruel à M. Peyron, directeur de l'Assistance publique. S'il y a 34 0/0 de décès chez les enfants recueillis par l'Assistance, c'est un chiffre colossal. Alors il faut réformer sur le champ toute notre administration.

M. Tarnier met aux voix la proposition suivante dont il est l'auteur: L'Académie émet le vœu que, dans chaque département, on installe au moins un asile où les femmes pourront être reçues, soignées et accouchées en secret. Il sera interdit de faire toute espèce d'enquête sur le domicile et l'identité des malades. Les tours seront rétablis et on y joindra des bureaux d'abandon. Enfin on donnera aux femmes nécessiteuses des secours pécuniers.

M. Guéniot demande qu'on supprime cette épithète. D'autres secours peuvent être aussi utiles que les secours en argent. Le secours en argent ne doit être qu'un appoint. Si la femme ne possède que cette ressource, elle ne pourra élever son enfant. M. Tarnier accepte la modification proposée par M. Guéniot.

M. Le Fort. — Il est bien entendu que nous demandons tous le rétablissement des tours et que le bureau secret ne vient que par surcroit.

L'amendement de M. Tarnier est adopté à l'unanimité.

M. le président met aux voix la conclusion 2. La loi Roussel sera revisée dans quelques-unes de ses dispositions, surtout en ce qui concerne l'allaitement mercenaire et l'inspection médicale. (Adopté à l'unanimité).

La proposition 3 est mise aux voix : elle demande que la vaccination obligatoire soit rendue par une loi.

M. Bergeron déclare que tout a été dit pour ou contre cette proposition. La conclusion qu'il propose ne diffère que par un mot de celle de la Commission. Il demande que la vaccination et la revaccination soient rendues obligatoires par une loi (Adopté).

M. Le Fort. — La question si importante de l'isolement des malades atteints de maladies contagieuses semble avoir été oubliée par la Commission. Il propose qu'on isole ces malades, que la déclaration des affections contagieuses soit rendue obligatoire. — M. Bergeron réplique que cette proposition n'est pas nécessaire. Elle a été faite pour la variole. Elle est plutôt à discuter avec la proposition 6. Il propose de modifier ainsi la proposition 4. En attendant le vote de la loi qui rendra la vaccination et la revaccination obligatoires, l'Académie émet le vœu que la vaccination et la revaccination soient encouragées par tous les moyens possibles, surtout en temps d'épidémie. (Adopté à l'unanimité).

La proposition 5 (que les enfants soient vaccinés et revaccinés dans toutes les écoles, collèges et lycées) est mise aux voix. — M. Hardy fait observer que cette manière de faire est en vigueur. — M. Brouardel. Non. Faute d'une loi, on n'a pu qu'encourager la vaccination et la revaccination, mais on ne peut refuser un enfant dans un lycée si ses parents ne veulent pas le faire vacciner. — M. Rochard. Sur vingt arrondissements de Paris, un seul, le XIII°, a eu la vaccination organisée par les soins du maire. Cinq enfants seulement ont refusé de se laisser vacciner. — M. Hardy. Il est habituel qu'on ne soit admis dans les lycées et écoles qu'à condition qu'on soit porteur d'un certificat de vaccine.

M. Lefort n'est pas partisan de la proposition de la Commission, mais il accepte le vote émis. Si vous déclarez la vaccination obligatoire, vous commettrez une injustice, du moment que le service de la vaccine n'est pas organisé.

M. Rochard. Nous tournons dans un cercle vicieux. Si une commune est trop pauvre pour payer le service de la vaccine, le département doit lui venir en aide. S'il n'en a pas les moyens, ce sera à l'Etat à venir au secours du département.

M. Brouardel. — On ne peut faire une dépense obligatoire si le service qu'elle doit payer n'est pas obligatoire. Il faut donc rendre la vaccine obligatoire pour qu'on puisse l'organiser.

M. Dujardin-Beaumetz. — Pour montrer combien le vote d'une loi rendant la vaccination obligatoire est nécessaire, je citerai le cas suivant. A la prison de la Santé, il y a eu, il y a quelque temps, une épidémie de variole. J'ai demandé à ce qu'on vaccinât les prisonniers. Le préfet m'a répondu qu'il n'avait pas le droit de le faire.

La cinquième proposition mise aux voix est adoptée.

M. le Président met aux voix la proposition 6, qui demande que l'isolement des varioleux soit imposé par une loi.

M. Le Fort demande qu'on étende cette mesure aux autres maladies contagieuses. La proposition 6 est adoptée.

La proposition 7 demande qu'un service régulier de vaccine soit organisé dans toute l'étendue du territoire, de façon que tout le monde puisse se faire vacciner à jour fixe, sans déplacement notable et sans frais. M. Guéniot demande qu'on fixe la mairie comme lieu de vaccination. — M. Hardy. N'entrons pas dans tous ces détails. Du moment que la loi sera votée, ce sera à l'Administration à prendre les mesures nécessaires. La proposition 7 est adoptée.

La proposition 8 demande que les municipalités et, à leur défaut, le préfet soient armés de pouvoirs suffisants pour prendre les mesures sanitaires nécessaires et assurer la distribution d'eau potable. M. Dujardin-Beaumetz demande que des mesures concernant la prophylaxie des maladies contagieuses soient édictées par la loi.

M. Lefort demande à intercaler ici sa proposition de l'isolement des maladies contagieuses et de l'obligatoriété de la déclaration de ces maladies. — M. Brouardel approuve M. Lefort sur certains points, mais cette question est trop grave pour être votée sur le champ. Il demande qu'elle soit réservée (Adopté).

Par l'article 9, l'Académie émet le vœu qu'on assainisse les établissements publics, qu'on désinfecte les locaux contaminés et le linge des malades atteints d'affections contagieuses.

M. Lefort. On se noie dans les détails. On affaiblit ainsi les premières conclusions. — M. Rochard. La question est très grave. Il s'agit de l'assainissement des établissements publics, tels que les casernes, qui constitue une des grandes nécessités de l'hygiène. — La question est réservée pour une discussion ultérieure.

La proposition 10 demande qu'on arrête les ravages de la syphilis en réglementant la prostitution. — M. Brouardel demande qu'on s'occupe seulement des maladies dont nous connaissons la prophylaxie. La proposition 10 est renvoyée à la Commission.

F. R.

Digitized by Google

BULLETIN DE LA SEMAINE

Un mot d'histoire médicale militaire. — La Croix Rouge française et l'humanité allemande.

Il y a huit jours, à cette même place, je signalais le récent exploit épistolaire du Dr Lewin (de Berlin), et la complicité de la *Berliner Wochenschrift* dans l'exécution de ce haut fait littéraire (1).

Plusieurs de nos correspondants nous adressent des communications, qui, s'il était nécessaire, compléteraient le récit des douloureux épisodes que nous avons rappelés. Nous les en remercions et nous regrettons que le défaut de place ne nous permette pas de les insérer aujourd'hui.

Cependant, voici deux documents dont on comprendra aisément toute l'actualité. L'un est emprunté à l'*Alsacien-Lorrain*, un journal sympathique qui, vaillamment et sans défaillance, est le défenseur obstiné du Droit contre la Force. L'autre a pour origine un travail de M. le Dr Colleville (de Reims), et la communication de cet honorable confrère à la *Gazette hebdomadaire* du 2 courant (2).

Les démentis à M. Lewin prouvent que le savant professeur paraît plus expert en syphiligraphie qu'en histoire contemporaine. C'est fort heureux d'ailleurs pour ses élèves. En tout cas, c'est moins glorieux pour la réputation humanitaire de l'état-major de l'armée allemande.

L'Alsacien-Lorrain, par la plume de M. Barthelet La Roche, rappelle les tribulations de l'ambulance internationale dirigée par M. le Dr Desprès, après Sedan et au moment où elle se rendait à Metz pour secourir les troupes françaises bloquées dans cette place et décimées par le feu et par la maladie.

A Thionville, M. Desprès demande au général prussien l'autorisation de passer. On le fait attendre et on lui donne à entendre qu'il ne dépassera pas Bertrange. C'était lui dire que l'ambulance et le personnel seront retenus *pour soigner exclusivement les blessés allemands*.

M. Desprès demande alors à gagner Sierck et la Belgique.

« Le 18 octobre, à 9 heures du matin, l'ambulance se mit en route : arrivée à Kœnigsmacher, les Prussiens l'empêchèrent d'aller plus avant et conduisirent les médecins, les infirmiers et leurs voitures par Distroff et Imeldange, pour être présentés au général stationnant à Bertrange. M. Desprès fut reçu par un aide de camp, lequel, avec insolence, lui cria de s'en retourner et ajoutant que, s'il hésitait à rétrograder, on emploierait la force pour le faire rentrer avec son ambulance dans Thionville.

» Les Prussiens faisant mettre pied à terre à tous les médecins et descendre des voitures les infirmiers, les ramènent sur Kœnigsmacher, en conduisant les voitures, les chevaux et les hommes dans les ornières et les plus mauvais pas ; défendant à tous de marcher sur un terrain dur ou recouvert de gazon ; *frappant du plat du sabre les conducteurs* qui ne suivaient pas assez rapidement, et ne leur accordant que dix minutes de repos, avec défense d'entrer dans les maisons, quand on faisait halte.

» L'ambulance fut ramenée à Thionville, après une marche forcée de 45 kilomètres qui ne se termina qu'à 9 heures du soir, et en menaçant de fusiller tout le monde si on ne rentrait pas dans la place.

Elle fut escortée, pendant ces marches et ces contre-marches, par des officiers et des soldats chevauchant sur les bas côtés de la route, surtout en approchant du fort placé sur la rive droite de la Moselle et dominant la route de Kœnigsmacher, de façon à se garer des coups de feu que l'on aurait pu tirer des remparts.

Malgré l'obscurité, M. Desprès, envoyé en parlementaire à la porte de Sarrelouis, put heureusement se faire reconnaître et entrer dans Thionville avec son ambulance.

Sa feuille de route avait été gardée par les Prussiens. Ce ne fut que lorsque l'armée de Metz capitula que M. Desprès et son personnel purent sortir de la ville pour aller dans cette place, avec une autorisation du prince Frédéric-Charles.

Nous recommandons ce récit à l'impartialité de M. le Dr Lewin et aux méditations de la *Berliner Wochenschrift*.

Le mémoire de M. Colleville fait connaître les origines de la Convention de Genève.

M. Lewin, on le sait, attribue l'idée première de cette institution humanitaire au Belge Durand, quand il s'agit — erreur légère, n'est-ce point ? — du Genevois Dunant.

A cela près, — est-ce peu? — ces allégations sont seulement inexactes.

Cependant, ajoute M. Colleville, Dunant organisa, en 1863, la Conférence de Genève, à la suite de laquelle M. Drouin de Luys, un ministre français, proposa aux diverses puissances européennes la réunion d'un congrès diplomatique. Cette proposition *française*, bien française, n'en déplaise à M. Lewin et à son zèle courtisanesque pour sa souveraine, fut acceptée.

Après la clôture du Congrès, M. Linder, professeur de droit à l'Université d'Erlangen, proclama « que les Français avaient exercé sur les débats une influence et une prépondérance décisives ».

M. Lewin aurait-il donc voulu mettre en doute la sincérité de son compatriote Linder en insinuant « que les Français ont souvent ignoré et même trop souvent violé cette Convention de Genève pendant la guerre franco-allemande » ?

D'ailleurs, la France n'avait pas attendu la convention de Genève pour organiser les secours sur les champs de bataille. Au témoignage de Dunant, le génevois, cela va sans le dire, et de M. Colleville, ce fut le duc de Noailles, qui, le premier, en 1743, déclara « les hôpitaux inviolables en temps de guerre ». Plus tard vinrent les tentatives de l'intendant Chamousset, de Perylhe, de Percy, de Larrey — encore des Français — et, plus tard encore, celles du médecin militaire prussien Wasserfuhr...

Tout cela, c'est de l'histoire ; rien de plus, rien de moins. Ne faisons pas à M. Lewin et à ses compatriotes l'injure d'insister trop longtemps sur leur ignorance.

Nous l'avouons douloureusement ; en 1870, l'organisation du service sanitaire de l'armée allemande était

(1) Voir : *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1891, numéro 16.

(2) Colleville : Histoire de la Croix Rouge (*Académie de Reims*, 1890).

Digitized by Google

parfaite, mais, nous l'affirmons, avec tous les témoins de l'année terrible, avec mon cher ami et confrère Lereboullet—et comme nous l'avons déjà fait plus d'une fois — « la France, elle aussi, a fait son devoir. Si l'im-
» prévoyance et l'impéritie de son gouvernement ont
» laissé les services administratifs aussi mal organisés
» parfois que les services militaires ; jamais, du moins,
» aucun attentat n'a été commis.

» Jamais, aucun détachement militaire, aucun corps
» mobilisé n'a violé les règles de l'humanité en pillant
» une ambulance ou en fusillant des médecins.....

» Il doit, dès lors, nous être permis de repousser
» avec indignation non les critiques que l'on a pu
» adresser à l'organisation de notre armée et à l'impé-
» ritie de ses chefs, mais bien les insinuations destinées
» à faire croire que la France a pu méconnaître les tra-
» ditions d'humanité qui ont toujours fait sa gloire et
» dont elle s'honore. »

Nous nous associons donc à cette vigoureuse protestation de notre confrère, comme il veut bien s'associer aux nôtres.

A cette heure où la loi donne aux médecins d'armée, nos confrères et nos camarades, l'autonomie du service de santé, ce sont maintenant plus que jamais, il est bon de le répéter, « des traditions que notre
» France s'honorera de maintenir, quelle que puisse être
» la force que lui donneront le patriotisme de ses sol-
» dats et l'énergie croissante des officiers qui les diri-
» gent aujourd'hui. »

CH. ELOY.

INFORMATIONS

PARIS

Congrès de la tuberculose en 1891. — Ce congrès se réunira du 27 juillet au 2 août prochain. Voici le programme des questions à l'ordre du jour :

1° Identité de la tuberculose de l'homme et de celle des avoidés, gallinacés et autres animaux.

2° Associations bactériennes et morbides de la tuberculose.

3° Hospitalisation des tuberculeux.

4° Prophylaxie de la tuberculose humaine et animale.

5° Des agents susceptibles de détruire le bacille de Koch sans nuire à l'organisme, au point de vue prophylactique et thérapeutique.

VARIÉTÉS

Valeur pronostique du nombre des respirations dans la pneumonie. — Les recherches de Gerhardt ont porté sur cent quarante malades, qu'il divisait en quatre groupes :

1° Dans le premier, le chiffre des respirations était de 40 pour la moitié des cas. Peu de fièvre; pas de foyer central. Il y a eu 9 décès sur 69 cas: donc les formes étaient graves.

2° Deuxième groupe : 15 cas ; le nombre des respirations a été élevé, 60, 70 et même 90 par minute, 9 guérisons, 6 morts.

3° Troisième groupe : 22 cas, avec accélération respiratoire au début, 3 mort. Défervescence tardive du neuvième au douzième jour.

4° Quatrième groupe : accélération persistante, décès dans 10 cas sur 22.

L'influence de la fièvre sur le nombre des respirations n'est point constante : ce qui paraît l'être plus, c'est l'extension de la maladie, la diminution du champ respiratoire et la faiblesse cardiaque.

Le poison des Pigmées. — Pendant l'expédition de Stanley, le chirurgien anglais Parkes a pu obtenir d'une femme indigène des renseignements sur la préparation et la composition de ce poison dont les effets tétanisants sont aussi rapides que redoutables. Parmi les végétaux qui entrent dans sa composition M. Holmes (de la Pharmaceutical Society) de Londres, a reconnu un Erytrophleum, probablement l'*Erytrophleum guinense*, une Commelynacée, le *Pasilota Barterii*, un Combretacée, peut être le *Tephrosia Vogelii*, toutes plantes dont les propriétés toxiques sont bien connues des indigènes africains. La détermination des végétaux qui entrent dans la composition de l'antidote de ce poison a été difficile. On croit cependant avoir reconnu les feuilles d'une Unonacée, plante dont on connait les vertus puissamment aromatiques et stimulantes.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les docteurs Godet, médecin du corps de santé des Colonies, Moudon (de Limoges), Rochette (de Paris) et Jalabert (de l'Arabat).

En Russie : M. le Dr Luczkiewicz, professeur honoraire de pathologie à la Faculté de médecine de Varsovie.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

DILLON BROWN. — Trois cents cas d'intubation laryngée dans le croup (*The American Journal of the Med. Sciences*, avril 1891, p. 367).

FORGUE. — Traitement de l'épilepsie idiopathique (*Gaz. des sciences Méd. de Montpellier*, 4 avril 1891).

GASSER. — Le bacille typhique (*Arch. de méd. expérimentale*, 1er janvier 1891).

GUIARD. — De la pollakiurie psychopathique et de son traitement (*Annales des mal. des organes génito-urinaires*, avril 1891, p. 230).

GUTMANN. — Un cas d'ophtalmoplégie externe bilatérale après une intoxication par la viande (*Berlin. Klin. Woch.*, 1891, p. 203).

LÉO. — Nouvelle observation d'hépatite suppurée (*Archives de méd. navale*, avril 1891, p. 265).

MACVILLAN. — Sur les nouveaux réactifs de l'albumine (*The Brit. Med. Journal*, 18 avril 1891).

MANSEL SYMPSON. — Du vitiligo comme suite de l'influenza et de l'erysipèle (*The Brit. Med. Journal*, 18 avril 1891).

MARIGLIANO. — Un cas de polynévrite avec phénomènes ataxiques graves (*La Riforma medica*, 19 mars 1891).

OTTO V. HERFF. — Contribution à la théorie de l'éclampsie (*Munch. Med. Wochen.*, 3 février 1891).

PFEIFFER. — Les doigts goutteux (*The Lancet*, 11 avril 1891, p. 817).

SCHELL. — Coliques néphrétiques par kystes hydatiques (*Marseille méd.*, 30 mars 1891, p. 129).

WILLIAMS (Th.). — Remarques sur le traitement de la fièvre des phtisiques (*The Brit. Med. Journal*, 28 mars 1891).

WRIGHT. — Sur la pathologie et le traitement du diabète (*The Brit. Med. Journal*, 11 avril 1891).

Le Directeur-gérant : HENRI HUCHARD.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE — N° 20 — 13 MAI 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD. — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, BÉCLÈRE, BROCQ, DEMELIN, DU CASTEL, GINGEOT, Charles MAURIAC, PICQUÉ, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

Prime à nos abonnés. — Pour ceux de nos *abonnés actuels ou nouveaux* désireux de se procurer les **Mementos thérapeutiques des praticiens**, le prix de ce volume est en leur faveur :

De **2 fr. 50** *livré dans nos bureaux*;

Et de **3 fr. 25** à *domicile* (franco de frais d'expédition et de poste).

A NOS LECTEURS

Le succès, toujours grandissant, de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* nous impose de nouveaux devoirs.

Pour cette raison, le Comité de rédaction s'est accru dernièrement de nouveaux membres dont les noms et les travaux remarquables sont si connus et estimés. MM. BROCQ et DU CASTEL médecins des hôpitaux de Paris, mettront nos lecteurs au courant des questions pratiques de dermatologie et de syphiligraphie. M. PICQUÉ, chirurgien des hôpitaux, insistera sur la gynécologie, science dont il importe de suivre les progrès incessants. M. DEMELIN continuera toujours à traiter les questions d'obstétrique. Enfin M. BÉCLÈRE, ancien interne des hôpitaux, consacrera des articles spéciaux aux maladies des enfants.

Ces nouveaux collaborateurs auxquels je suis heureux de souhaiter la bienvenue et que je suis fier de présenter à nos lecteurs, joindront ainsi leurs efforts à ceux de nos anciens et fidèles membres du comité de rédaction : MM. Barié, Gingeot, Mauriac, Renault pour la médecine ; Rieffel et Schwartz pour la chirurgie et Bar pour les accouchements.

Ne voulant rien négliger pour améliorer toujours notre œuvre, nous nous sommes encore assuré la collaboration de médecins distingués de la province, de MM. COMBEMALE, professeur agrégé à la Faculté de Lille; LEMOINE, professeur de clinique médicale à la même Faculté; SIMON, professeur agrégé à la Faculté de Nancy, et CÉNAS, médecin des hôpitaux de Saint-Etienne, qui nous ont promis leur concours pour traiter des questions pratiques de thérapeutique, de clinique médicale, de maladies infantiles, d'hygiène et de médecine légale.

Ce journal reste et restera toujours le **Journal des praticiens**, ce qui a fait jusqu'ici son succès ; il tient plus que jamais à son indépendance absolue et à sa liberté d'action; ce qui fait sa force. Sans jamais cesser, comme par le passé, de rendre justice aux travaux de l'étranger, et d'accorder une bonne place à ceux de la province, j'estime — et en cela, je suis l'interprète fidèle de toute la rédaction du *Journal des Praticiens* —, que des renseignements trop hâtifs conduisent fatalement à des erreurs souvent préjudiciables à la profession et à la science médicales. N'assimilons point le journalisme scientifique au journalisme politique ; celui-ci vit d'informations rapides ; celui-là ne doit jamais sacrifier la sûreté de ces informations à leur rapidité.

Notre devise reste :

De la pratique, encore de la pratique, toujours de la pratique.

Le Directeur du Journal des Praticiens,
HENRI HUCHARD.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Hôpital Bichat. — M. le Dr Henri HUCHARD

La tuberculose pulmonaire aux eaux minérales

A l'exemple de mon regretté maître, M. Gueneau de Mussy, de Martineau et de Jules Simon, je crois utile que les médecins étrangers aux stations hydro-minérales prennent de temps en temps la parole pour en montrer les indications et contre-indications principales. Aujourd'hui, il s'agit d'une question pleine d'actualité, et je veux répondre à l'interrogation suivante : Un tuberculeux étant donné, doit-on l'envoyer, et où faut-il l'envoyer aux eaux minérales ?

Mais, auparavant, il faut d'abord se demander le but que l'on se propose d'atteindre, et savoir comment ces eaux agissent sur la tuberculose.

1° *Agissent-elles sur le tubercule?* Nullement, et Pidoux lui-même, l'un des médecins les plus enthousiastes, a écrit avec juste raison : « Ce qui est devenu tubercule opaque, graisseux, ou tubercule mort est perdu. Il ne faut pas avoir de prétention directe sur ce *caput mortuum* de la tuberculose. » Ceci dit, pour répondre aux assertions exagérées de certains auteurs allemands, comme Tilenins et Kolb qui ont prétendu le contraire pour leurs eaux chlorurées sodiques de Soden. Mais il est évident que certaines eaux peuvent avoir pour résultat d'enrayer la maladie en augmentant la résistance du poumon et de tout l'organisme à la diathèse.

2° *Elles agissent sur l'état local péri-tuberculeux.* Comme je vous l'ai dit dans la dernière leçon (1), ce qui constitue le principal danger, et je pourrais dire l'élément le plus important des indications thérapeutiques, ce sont les congestions ou inflammations que la granulation bacillaire provoque autour d'elle. Mais, suivant les cas, deux indications thérapeutiques différentes s'offrent à vous : 1° Il s'agit de modérer ce travail fluxionnaire ; 2° Il faut aider à la résolution des congestions ou des inflammations lentes à disparaître.

3° *Elles agissent sur l'état général.* C'est là une indication fort importante que l'on ne doit jamais perdre de vue dans le choix d'une eau minérale, et cela revient à dire qu'il ne faut pas, pour fixer ce choix, voir seulement l'organe malade, mais considérer l'organisme tout entier. De plus, il ne suffit pas de s'appuyer sur les propriétés physiques et chimiques de ces eaux, on doit encore tenir compte de leur thermalité, du climat et de l'attitude des stations.

(1) Voir le numéro 19, 1891.

Digitized by Google

Après ces prémisses, qu'il était indispensable de poser, je vais étudier avec vous les indications relatives, les contre-indications et les indications absolues aux eaux dans la tuberculose pulmonaire.

A. Indications relatives. — On est, on devient tuberculeux par droit de naissance ou de conquête, ce qui signifie que la prédisposition est héréditaire ou acquise. Dans cette grande classe de prédisposés qui ne présentent encore aucun signe de tuberculose à l'un des sommets des poumons, se rangent tous ces candidats à la maladie, dont les uns présentent des antécédents strumeux dans l'enfance, les autres les attributs de cette hypotrophie constitutionnelle caractérisée par l'infantilisme ou le juvénilisme et dont je vous ai parlé déjà dans mes leçons sur les « symptômes et le diagnostic précoces de la tuberculose (1) », dont les autres commençent leur affection sous le masque de la chlorose ou d'un simple état dyspeptique, dont d'autres enfin démontrent la prédisposition par une croissance exagérée, ou par l'aspect roux du système pileux. A ce dernier point de vue, il faut évidemment faire quelques réserves, car tous les « rousseaux », comme les appelait Guy Patin, tous les individus à « type vénitien » comme M. Landouzy les a ensuite appelés, ne sont pas voués à la tuberculose; mais il suffit qu'ils présentent quelques antécédents héréditaires, pour que vous ayez déjà des craintes sérieuses à cet égard, surtout si la nutrition est languissante ou insuffisante et si vous constatez un amaigrissement notable survenu sans cause.

Dans ces conditions, faut-il envoyer aux eaux ces candidats à la tuberculose? La solution de la question n'est pas toujours chose aisée. En tous cas, je ne partage pas l'opinion de ceux qui n'hésitent point à recommander les stations de Saint-Moritz (dans l'Engadine) et de Santa-Caterina (dans la Valteline). Se trouvant à une altitude trop élevée (1,770 et 1,852 mètres au-dessus du niveau de la mer), ces stations pourraient agir, au contraire, en favorisant du côté du poumon la production de poussées congestives capables de devenir le signal de l'éclosion bacillaire. Le mieux, dans ces cas, est de prescrire une hygiène bien entendue et le séjour à la campagne, loin des villes parfois si profondément contaminées par une contagion incessante. Il y a même des campagnes qui ne paraissent pas être des terrains de culture favorables à la germination bacillaire, et c'est ainsi que dans un petit pays que j'habite pendant les vacances et que j'étudie depuis plus de dix-huit ans (à Escamps, dans le département de l'Yonne), la tuberculose pulmonaire fait de très rares victimes et reste à l'état de maladie presque inconnue.

Mais enfin, vous avez le devoir d'agir plus énergiquement, surtout lorsque vous avez affaire à des lymphatiques ou à des malades qui ont presenté dans leur enfance des accidents strumeux, ou encore à ceux chez lesquels la diathèse tuberculeuse se cache sous le masque d'une dyspepsie tenace ou d'une pseudo-chlorose. Vous voulez conjurer un péril menaçant, et vous avez raison. Où donc enverrez-vous ces valétudinaires qui ne sont pas encore des malades? A Saxon, à Nauheim, à Soden, ou à Kreuznach, qui sont des eaux chlorurées? Sans doute, ces dernières sont indiquées en raison de leur action si remarquable sur toutes les débilités constitutionnelles, acquises ou héréditaires. Mais je ne comprends pas pourquoi vous prononcez des noms étrangers, quand nous avons en France un véritable embarras de richesses hydro-minérales, quand vous pouvez opposer aux stations étrangères celles de Salins du Jura, de Salins-de-Moutiers et de Salies-de-Béarn, ces dernières surtout, qui n'ont qu'un seul défaut, celui d'être très fortement minéralisées! Du reste, dans l'espèce, il y a deux éléments importants que vous devez considérer : les propriétés chimiques et physiques des eaux et leur altitude; si une altitude trop élevée peut nuire pour la restauration de l'état général, une altitude modérée, comme celle de 800 à 900 mètres, est absolument indispensable pour répondre à la principale indication que vous proposez de résoudre. Les stations que je viens d'énumérer ne la remplissent pas; c'est pourquoi celle de *La Bourboule*, située à 850 mètres au-dessus du niveau de la mer, avec une composition chimique bien appropriée, doit être recommandée dans cette thérapeutique préventive de la phtisie pulmonaire. Pour ma part, je m'en suis toujours très bien trouvé à l'égard des enfants ou des jeunes gens faibles, anémiques, lymphatiques et plus ou moins prédisposés à la tuberculose par leurs antécédents. Gubler a prétendu que, dans la composition de ces eaux, le chlorure de sodium est antagoniste de l'arsenic. Si cette assertion est exacte, elle vient à l'appui de ma thèse, et les propriétés sédatives du second agent contribuent pour une grande part à diminuer les propriétés excitantes du premier. C'est ce qui vous est démontré par le *Mont-Dore*, que je place au second rang, à ce point de vue prophylactique, et qui, ne renfermant qu'une faible quantité d'arsenic, doit en grande partie son action tonique à son altitude (1,050 mètres) et beaucoup moins à la composition de ses eaux, très pauvres en chlorure de sodium.

Je sais bien que Pidoux a écrit sur les « cures préventives de la tuberculose à Eaux-Bonnes »; mais il n'a pas porté la conviction dans mon esprit, parce que ces eaux, dont l'efficacité est remarquable, agissent beaucoup sur l'état local et s'adressent surtout à l'élément catarrhal. Or, chez les prédisposés à la maladie qui nous occupe, vous n'avez pas à agir sur un état local qui n'existe pas encore, mais seulement sur l'état général que vous devez modifier, sur le terrain que vous devez rendre impropre à la culture du bacille.

Conclusion : Chez les prédisposés à la tuberculose (antécédents personnels ou héréditaires de strume, lymphatisme, pseudo-chlorose torpide, etc.), la station hydro-minérale de La Bourboule est le plus souvent indiquée et peut avoir une influence très salutaire.

B. Contre-indications. — *a)* Voici une jeune femme de vingt-huit ans, couchée au n° 2 de la salle Louis. Elle a beaucoup maigri, et elle présente une lésion assez avancée du sommet droit (matité presque absolue dans la fosse sus-épineuse, respiration soufflante dans la

(1) Voir la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1891.

Digitized by Google

même région, et craquements humides). Elle a eu quelques hémoptysies peu abondantes ; mais, depuis six semaines qu'elle est à l'hôpital, la fièvre n'a pas cessé : elle est subcontinue, avec exacerbations viscérales oscillant entre 38°4 à 38°6 le matin, et 39°5 et même 40° le soir.

Enverrez-vous cette femme aux eaux minérales, et où l'enverrez-vous ? Je réponds : Nulle part.

Conclusion : la fièvre, surtout la fièvre subcontinue, est une contre-indication formelle.

Mais, à ce sujet, il faut vous rappeler, comme je vous le disais dans la dernière leçon, que la fièvre des tuberculeux reconnaît des origines différentes. Au début, elle peut être continue, si la poussée granuleuse est abondante et il s'agit alors d'une véritable fièvre de *tuberculisation* ou d'*infection*; dans ce cas, toutes les eaux minérales sont contre-indiquées. Il en est de même de la fièvre d'*inflammation*, mais, lorsque la fièvre est très légère (38°2 à 38°4) survenant seulement le soir, on peut encore tenter une cure hydro-thermale très atténuée. Enfin, à la dernière période, il s'agit d'une fièvre de *résorption*. Si l'état général n'est pas mauvais, je ne vois pas de contre-indication aux eaux minérales, et même aux eaux sulfureuses fortes d'Eaux-Bonnes, que Pidoux n'hésitait pas à recommander.

Il est inutile de vous expliquer pourquoi les eaux minérales sont contre-indiquées dans tous les cas de granulose aiguë, primitive ou secondaire, où la fièvre est ordinairement élevée et continue.

b) Voici maintenant un homme de trente-deux ans (salle Bazin, n° 9). Il présente à peu près les mêmes lésions et au même degré que la précédente malade, avec cette différence qu'il n'a jamais eu de fièvre. Mais, il vient d'avoir des hémoptysies abondantes et répétées qui ont laissé après elles un état congestif assez accentué du poumon gauche.

L'enverrez-vous aux eaux ? Nullement ; car, il est de règle qu'une hémoptysie actuelle ou récente est une contre-indication formelle à son emploi.

c). Voyez maintenant d'autres malades arrivés à la troisième période, à celle des cavernes. Quelques-uns, la plupart même, ont de la fièvre ; mais, je vous ai dit qu'à ce degré, la fièvre n'est pas toujours une contre-indication aux eaux minérales. En tous cas, vous auriez souvent tort de baser la prohibition de ces eaux sur le degré plus ou moins avancé des lésions pulmonaires. Ce qui devient une contre-indication à leur emploi, c'est surtout et seulement l'état de faiblesse des malades qui ne leur permettrait pas de supporter un long voyage et les fatigues d'une cure minérale.

Il en est de même pour les phtisies séniles qui sont le plus souvent torpides, qui s'accompagnent de faibles accidents réactionnels et pour lesquelles la contre-indication aux eaux minérales réside seulement dans l'état de faiblesse du sujet.

d). Vous n'enverrez pas non plus aux eaux minérales tous les phtisiques au moment de leurs poussées congestives ou inflammatoires péri-tuberculeuses.

Ainsi donc, pour me résumer, les contre-indications principales sont puisées : 1° dans l'état local (granulose aiguë généralisée, poussées congestives et inflammatoires, hémoptysies récentes ou actuelles, etc.) ; 2° dans l'état général (fièvre, faiblesse extrême, dernière période des excavations, etc).

C. Indications absolues. — Pour les poser nettement, il faut aussi avoir égard à l'état local et à l'état général du malade. Mais, pour mettre un peu d'ordre dans cette question fort difficile, je l'avoue, nous diviserons, au point de vue hydro-minéral, les phtisies en deux groupes principaux : 1° les phtisies *éréthiques* qui sont représentées souvent par la forme arthritique ; 2° les phtisies *torpides* que caractérise cette forme de phtisie scrofuleuse des anciens, de Milcent et de Bazin.

a) *Phtisies éréthiques.* — Elles sont caractérisées par la tendance aux poussées congestives ou inflammatoires, à la fièvre, à une sorte d'éréthisme cardio-vasculaire. Dans ce cas, quelle est l'indication à remplir ? Modérer ces tendances congestives et fébriles. Comme cette forme de phtisie est souvent spéciale à l'arthritis et que celui-ci serait antagoniste de la tuberculose (?), Pidoux voit une indication dans l'emploi des Eaux-Bonnes qui ont, dit-il, pour résultat d'éveiller les manifestations arthritiques. Nous sommes ici en pleine hypothèse nullement confirmée par les faits. Mais, sans agiter le spectre rouge des hémoptysies Eaux-Bonnaises qui sont beaucoup plus rares et moins dangereuses qu'on l'a dit, sans m'appuyer sur cette fièvre et cette sorte de grippe thermale provoquée par l'emploi exagéré des eaux sulfureuses, j'estime que les Eaux-Bonnes sont presque toujours contre-indiquées, non pas dans les périodes d'accalmie de la phtisie arthritique, mais surtout pendant toute la durée de leurs accidents fluxionnaires, lorsque ceux-ci s'accompagnent d'un état fébrile plus ou moins accusé. Alors, je ne conseillerais jamais aux malades l'emploi des eaux sulfureuses fortes ; tout au plus je prescrirais les eaux sulfureuses plus faibles d'Allevard, de Saint-Honoré, etc., et j'attendrais au moins la fin de l'orage. Rappelez-vous que l'indication principale de ces eaux réside surtout dans l'état catarrhal. Elles sont, en effet, « asséchantes » comme on l'a dit, et « cette action est d'autant plus sûre que le catarrhe est moins sec, ou plus sécrétant, et que l'expectoration est plus opaque et moins transparente. »

La tendance fluxionnaire et hémoptoïque de la tuberculose pulmonaire est également une contre-indication à l'emploi des eaux de la Bourboule.

Mais, c'est dans ces cas qu'il faut avoir recours aux eaux du Mont-Dore, en vertu de ses propriétés sédatives, antifébriles et anticongestives. Je ne leur fais qu'un seul reproche : c'est qu'elles sont peut-être à une altitude trop élevée.

b) *Phtisies torpides.* — Le type le plus important est réalisé par la phthisie scrofuleuse ; elle est caractérisée par le défaut de rapport entre la gravité de l'état local et l'apparente bénignité de l'état général, par l'absence de fièvre ou par sa faible intensité, par l'atténuation des troubles fonctionnels, la rareté des poussées congestives et des hémoptysies, etc. C'est ainsi que des malades peuvent présenter de grosses excavations pul-

Digitized by Google

monaires avec peu d'amaigrissement, et que l'intensité ou l'étendue des lésions ne sont pas des contre-indications. D'un autre côté, il ne faudrait pas croire qu'une phtisie éréthique ne puisse présenter, à certains moments, des phénomènes de torpidité; de même que certaines phtisies torpides peuvent être caractérisées, à d'autres moments, par des accidents fluxionnaires et inflammatoires. Par conséquent, l'indication ou la contre-indication des eaux minérales ne s'adresse pas seulement à une forme torpide de la tuberculose, mais à toutes les périodes de la maladie, caractérisées par l'absence ou l'atténuation des phénomènes réactionnels.

Quelle est alors l'indication à remplir dans ces cas? Il s'agit d'activer la nutrition, de restaurer les forces, de substituer une congestion de bonne nature à des congestions ou à des inflammations promptes à se caséifier, de favoriser la résolution de masses pneumoniques ou d'engorgements pulmonaires lents à disparaître. Ces conditions sont admirablement réalisées par les eaux de *la Bourboule* qui agissent à la fois par leur altitude (850 m.), par leur thermalité (52 à 59°) et surtout par leur composition chimique. Elles ont une minéralisation analogne à celle du plasma sanguin, ce qui a fait dire à Gubler qu'elles forment pour ainsi dire de véritables lymphes minérales du sang. En effet, la somme des éléments minéraux du plasma sanguin étant de 6 à 9 gr. pour 1000, celle des mêmes éléments pour la Bourboule est de 6,80 à 6,97; la proportion du chlorure de sodium dans ces eaux est de 3 gr. 02 à 3 gr. 34 et dans le plasma sanguin de 3 à 4 gr. pour 1000. De plus, il y a de l'arsenic à dose véritablement médicamenteuse (0,014 à 0,20 par litre, d'après Gueneau de Mussy, et au moins 0,007 milligr. d'après d'autres auteurs, c'est-à-dire quinze fois ou au moins huit fois plus d'arsenic que dans celles du Mont-Dore). Elles contiennent encore du bicarbonate de soude en notable quantité (2 gr. 27 par litre), ce qui assure leur digestibilité. Elles n'agissent donc pas seulement par l'arsenic qu'elles contiennent, mais aussi par le chlorure de sodium, mais encore par le bicarbonate de soude, par leur haute thermalité et par leur altitude. Elles agissent, comme l'a si bien dit Choussy, à titre d'*aliment minéral*, d'après la définition même d'un aliment: toute substance apte à réparer les pertes de l'organisme. Ces eaux, à la fois arsenicales fortes, chlorurées-sodiques et bicarbonatées, sont éminemment reconstituantes, excitantes et congestives; elles conviennent dans les cas suivants :

1° Tuberculoses torpides, scrofuleuses à n'importe quel degré, et à la condition qu'elles ne soient pas ou peu fébriles et qu'elles ne fassent pas de poussées congestives. C'est pour cette raison que les hémoptysies sont une contre-indication formelle à leur emploi, surtout quand elles sont répétées, abondantes ou fébriles. Les phtisies diabétiques, qui ont souvent un caractère torpide, seront aussi favorablement influencées par ces eaux, en raison de leur action si remarquable exercée sur le diabète, comme je l'ai déjà démontré dans mes leçons de l'année dernière (1).

(1) *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1890.

2° Ces eaux conviennent également dans tous les cas de fausse chlorose, où la nutrition est languissante et où le malade, s'il n'est pas un tuberculeux en puissance, est au moins un candidat à la tuberculose; dans le rhumatisme chronique, dans toutes les manifestations scrofuleuses, les adénites chroniques, les engorgements ganglionnaires, les adénopathies bronchiques, qui sont le plus souvent des manifestations prémonitoires ou précoce de la tuberculose pulmonaire, dans celles qui suivent les coqueluches, dans l'asthme, dans l'emphysème, dans les bronchites chroniques, parfois dans la dilatation des bronches et aussi dans l'herpétisme utérin, d'après Gueneau de Mussy. En un mot, la scrofule et le lymphatisme, toutes les phlegmasies torpides avec tendance à la chronicité sont influencées d'une façon remarquable par la Bourboule et je ne partage pas l'opinion de M. Jules Simon qui paraît réclamer une partie de ces affections pour la cure Montdorienne. Je vous ai dit que cette dernière répond à des indications absolument différentes.

On ne comprend pas, d'un autre côté, pourquoi Roturcau, après avoir dit avec juste raison que les eaux de la Bourboule sont contre-indiquées dans les maladies trop rapprochées de l'état aigu, dans les affections organiques du cœur et des gros vaisseaux, et dans la disposition aux congestions actives, a pu ajouter qu'elles sont encore contre-indiquées « dans la phtisie pulmonaire, quelle que soit sa période. »

Ces eaux, dont j'ai étudié sur place l'action si remarquable — comme pour toutes celles dont je vous ai parlé dans cette leçon — sont éminemment reconstituantes, toniques et *résolutives*; elles excitent l'appétit, activent la nutrition, augmentent l'embonpoint. Pidoux a prétendu que leur action est plus immédiate et moins durable que celle des eaux sulfureuses. C'est une erreur, puisqu'elles sont éminemment reconstituantes et agissent puissamment sur la nutrition. C'est ainsi que Gueneau de Mussy a écrit:

« J'ai vu bien des fois, sous l'influence des eaux de la Bourboule, la marche de la tuberculose enrayée ou ralentie, les adénopathies bronchiques se résoudre..... Elles conviennent encore dans les cas où à la maladie pulmonaire s'ajoute une complication anémique, car l'eau de la Bourboule est alors un des meilleurs stimulants de l'hématopoièse. » Cette eau est donc unique au monde et n'a son analogue nulle part aussi bien en France qu'à l'étranger.

Mais il y a un élément qui lui échappe, comme aux eaux arsenicales du Mont-Dore, comme à toutes les eaux chlorurées-sodiques que je vous ai mentionnées, c'est l'élément catarrhal. Lorsqu'il prédomine dans les tuberculoses torpides à forme scrofuleuse, on peut avoir recours aux eaux d'*Uriage* dont la composition tient à la fois des eaux sulfureuses et chlorurées sodiques; aux *Eaux-Bonnes*, dont l'efficacité n'est pas à démontrer.

Ainsi donc, pour me résumer, il existe trois sortes d'eaux minérales pour la tuberculose pulmonaire:

1° Les *eaux arsenicales*, comme celles du Mont-Dore, qui sont sédatives, antifébriles, anticongestives et qui « possèdent vis-à-vis de l'éréthisme pulmonaire une

Digitized by Google

action véritablement hyposthénisante » (Durand-Fardel);

2° Les *eaux chlorurées sodiques, arsenicales et bicarbonatées* représentées par les eaux de la Bourboule qui agissent sur l'état général qu'elles restaurent en partie par leur altitude et leur composition chimique, sur l'état local par l'arsenic qui décongestionne et par le chlorure de sodium qui produit ainsi une influence substitutive des plus salutaires sur les congestions ou inflammations péri-tuberculeuses ;

3° Les *eaux sulfureuses* fortes ou faibles (Eaux-Bonnes, Saint-Honoré, Allevard, Challes, etc.), qui agissent surtout sur l'élément catarrhal en même temps que sur les phlegmasies pulmonaires péri-tuberculeuses à lente résolution.

Vous voyez ainsi que nous n'avons pas besoin d'être les tributaires de l'étranger à ce point de vue, et que nos eaux sont bien supérieures en action à toutes celles que l'on vous oppose, aux eaux d'Ems, de Soden, du Gurnigel, de Kreuznach, de Nauheim, d'Ischl et de Lippspringe (en Westphalie) et bien d'autres encore qui auraient dû rester dans l'oubli dont on a cherché à les tirer. On a voulu même réhabiliter l'eau sulfureuse de Penticosa (en Espagne), située à 2,000 mètres d'altitude et dont on a pu dire qu'elles ne sont pas contre-indiquées dans les hémoptysies, tant l'amour du nouveau et de l'inconcevable hante certains esprits ! Or, ces eaux sulfatées sodiques qui renfermeraient beaucoup d'azote (eaux salino-azotiques) sont absolument contre-indiquées, surtout en raison de leur altitude trop élevée.

Soyez donc persuadés, messieurs, que la France est le pays le plus riche en eaux minérales de toutes sortes (sauf en eaux purgatives que l'on peut prendre chez soi) et n'allez pas chercher ailleurs ce que l'on trouve si bien chez nous. C'est affaire d'humanité, c'est aussi question de patriotisme.

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

Hôpital Saint-Louis. — M. le Dr Ernest Besnier.

Ecthyma simple (1)

Voici une femme de 44 ans qui, au premier abord, semble dans un état général satisfaisant; elle nous dit cependant avoir maigri et se plaint de se sentir fatiguée au point qu'elle ne peut travailler.

Si nous examinons sa surface cutanée, nous y trouvons des éruptions diverses : à la main gauche au niveau de la face dorsale de la base du pouce existe un placard d'eczéma sec craquelé.

Au nez, sur les membres et en particulier sur les membres inférieurs se montrent des éléments éruptifs, qui sont typiques à la face antérieure des jambes. On y distingue une zone arrondie de peau à aspect lisse, de couleur rouge, un peu livide ; à la périphérie se soulève une collerette incomplète d'épiderme en désquamation ; au centre adhère une croûte de couleur foncée ; détachée à l'aide d'une spatule, elle laisse apparaître au-dessous d'elle une ulcération d'une certaine profondeur, plus ou moins arrondie et de laquelle s'écoule du pus.

La lésion repose sur un empâtement diffus qui déborde alentour.

Si l'on remarque que ces croûtes, ces ulcérations ont succédé à des pustules ; qu'elles prédominent (sans symétrie) aux membres inférieurs, qu'elles évoluent excentriquement, et se *reproduisent* successivement pendant un temps indéterminé, on reconnaîtra aisément qu'il s'agit d'un *ecthyma*; affection de source variable, mais, une fois produite, pouvant être multipliée par auto-inoculation et acquérant une *individualité* relative.

Le foyer primitif est quelquefois aisé à trouver, mais quelquefois aussi, ainsi que pour l'impétigo, il est latent, ou déjà éteint au moment où on constate la lésion secondaire réalisée. Ici, la source première est soit l'eczéma des mains soit l'eczéma chronique ombilical, dont vous voyez ici la marque évidente, et qui donne par l'écartement des parois une sanie abondante et particulièrement fétide.

Vous voyez qu'à ce niveau la peau s'enfonce en un pli transversal, au fond duquel vous découvrez une rougeur et une secrétion pyoïde odorante; caractères de l'eczéma intertrigineux.

Les lésions ecthymateuses sont en général sous la dépendance des microbes de la suppuration, des staphylocoques en particulier; mais cette suppuration, des produits septiques divers, diversement élaborés, suffisent à la produire. L'inoculation de staphylocoques en nature n'est pas indispensable, et il est presque certain que les substances irritantes peuvent la réaliser à elles seules.

Mais il est des sujets chez lesquels l'existence d'une suppuration ne provoque pas l'ecthyma. Il faut donc autre chose; cette autre chose c'est le terrain favorable, un organisme en dépression.

C'est pour cela qu'il y a un qualificatif fréquemment accolé au mot ecthyma, c'est celui de cachectique; et c'est pour cette raison que ces éruptions pyoïdes étaient autrefois considérées comme produites de toutes pièces par l'organisme débilité et que c'est surtout le traitement général dont on se préoccupait autrefois.

Dans cette idée il y avait du vrai, mais cette vérité il fallait la comprendre de la manière suivante : si chez cette malade on arrive à remonter l'état général, l'ecthyma va peut-être s'atténuer, mais il ne disparaîtra pas. On a ainsi vu des malades traités pendant des mois. L'état général ne constitue donc qu'un des facteurs de la maladie.

Ici, les circonstances, qui ont jeté cette femme dans l'état de dépression, sont faciles à interpréter : elle vient d'avoir une angine intense, probablement diphthérique, qui l'a mise vingt jours au lit et à la suite de laquelle elle a eu de l'impotence des membres inférieurs, accompagnée de douleurs dans la continuité, de mélalgie.

Ce terrain favorable créé, c'est sous l'influence de l'eczéma intertrigineux de l'ombilic que s'est semé l'ecthyma.

(1) Fragment d'une clinique rédigée par M. le Dr Gillet et revue par M. le Dr E. Besnier.

Digitized by Google

Le traitement sera antiseptique, et occlusif pour empêcher les auto-inoculations. Il consistera dans des lavages à l'alcool salolé à 1/100e, puis dans la solution de sublimé à 1/100e, la liqueur de van Swieten par exemple, puis, aussitôt après, dans l'occlusion des parties malades avec l'emplâtre de Vigo *cum mercurio*.

En général 8 à 10 jours suffisent pour amener la réparation locale et établir la cicatrice, et il n'y a plus de nouvelles formations pyoïdes si tous les foyers ont été régulièrement désinfectés et oblitérés avec soin.

Il pourrait y en avoir encore si on ne songeait pas à la source, si l'on ne tarissait pas la sécrétion de l'ombilic, sécrétion purulente et odorante comme toutes celles de cette région et des plis. Un lavage antiseptique, l'interposition d'une boulette de coton isolant pour écarter les surfaces arrivent à ce résultat.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Sur un cas d'appendicite chronique

Par M. le Dr Ed. Schwartz
Chirurgien de l'hôpital Cochin; Agrégé de la Faculté

Nombreux sont les travaux parus dans ces trois dernières années sur la pathologie de l'appendice vermiforme. De ceux-ci et des discussions dans les sociétés savantes où la question a été mise à l'ordre du jour, il paraît résulter que les inflammations, ulcérations et perforations de l'appendice iléo-cœcal contenant dans sa cavité soit un corps étranger venu de l'intestin, soit un calcul fécal, jouent dans la pathologie de la fosse iliaque droite un rôle bien plus important que les lésions du cœcum proprement dit et de son revêtement péritonéal (typhlite et périty phlite).

Sans entrer ici dans l'exposé des différentes variétés cliniques de l'appendicite et de leur traitement, je tiens à rapporter un fait intéressant, à ajouter à ceux déjà connus d'appendicite chronique à répétitions, m'ayant amené à faire l'extirpation de l'appendice iléo-cœcal après diagnostic de l'existence probable d'un corps étranger dans le processus vermiforme.

Voici l'observation de mon malade, actuellement parfaitement guéri et dont l'appendice muni de son corps étranger a été présenté le 25 mars à la Société de chirurgie.

Le nommé P. L., âgé de 19 ans 1/2, mécanicien, m'est amené au mois de janvier 1891. Il vient me consulter pour des accidents douloureux à répétition du côté de la fosse iliaque droite, qu'on a considérés comme dus à une typhlite.

Comme il est arrêté dans son travail, inapte à toute occupation, il demande instamment à être délivré de son mal par une opération, si celle-ci est possible.

Le début de la maladie remonte à un an. Pendant huit jours, il a été pris de fièvre, de diarrhée, de vomissements, en même temps de douleurs très vives dans la fosse iliaque droite, avec ballonnement du ventre. Traitement par les vésicatoires et le repos au lit un mois et demi. Quand il se relève, les douleurs, qui avaient disparu pendant le repos, le reprennent dès qu'il se fatigue un peu. Toute occupation lui est interdite sous peine de vives douleurs dans la fosse iliaque droite; au mois d'août 1890, poussée absolument semblable à la première, pendant laquelle on constate la présence dans la fosse iliaque d'une tumeur douloureuse. Repos au lit 15 jours. Depuis, alternatives de santé relative et de crises; le malade est encore obligé de s'aliter du mois d'octobre au 15 décembre.

Actuellement, janvier 1891, il est dans une période d'accalmie. C'est un grand garçon, fort, robuste, bien musclé. Il a bon appétit, ses selles sont normales; pas de constipation. Au repos, aucune douleur; dès qu'il se fatigue, elle reparaît aussitôt et au même point. L'examen du ventre me permet de constater la trace de nombreux vésicatoires. Rien d'anormal à la vue; à la palpation, on sent manifestement à travers la paroi relâchée une tumeur grosse comme le petit doigt, cylindrique, placée transversalement dans la fosse iliaque interne, roulant sous les doigts et très douloureuse, surtout vers son extrémité interne.

Les poussées répétées, l'examen local me font porter le diagnostic d'appendicite chronique due, soit à une rétention de liquide, soit à un calcul ou à un corps étranger, et je demande au malade de revenir me trouver à la première alerte, ou du moins dans un ou deux mois s'il lui est toujours impossible de travailler.

Il vient me revoir le 10 mars; je retrouve les mêmes signes et lui propose l'extirpation de l'appendice.

Celle-ci est pratiquée le 17 mars. Incision transversale courbe comme pour lier l'iliaque primitive; j'arrive dans le péritoine et tombe sur le cœcum qui ne présente aucune altération, pas la moindre adhérence. Immédiatement au dessous de lui je trouve la tumeur constituée par l'appendice iléo-cœcal gros, très dur sur un point où je sens très manifestement qu'un corps étranger se déplace. L'appendice est adhérent par son extrémité recourbée à la fosse iliaque; partout ailleurs il est parfaitement libre dans la grande cavité du péritoine. Je le décolle sur toute sa longueur, applique une ligature élastique à son implantation au cœcum, puis le résèque. Le petit moignon, après avoir été touché intérieurement avec la solution phéniquée forte, est refermé par deux étages de sutures de Lembert n'intéressant que la séreuse. Le tube est enlevé, je passe un fil de soie en anse pour fixer par mesure de précaution le moignon contre la paroi et le retrouver facilement à la moindre alerte. Sutures en étage (4 plans) de la paroi abdominale : pas de drain.

Ablation des sutures au bout de huit jours.

Guérison complète. Le malade se lève le dix-huitième jour, et sort un mois après en parfait état, ne ressentant

Digitized by Google

plus aucune douleur dans la fosse iliaque, même à la pression.

L'appendice examiné avait une paroi épaissie, mais aucune ulcération. Il contenait dans sa cavité un calcul fécal du volume d'un pépin d'orange, mobile dans toute sa longueur.

Telle est cette observation intéressante par les côtés clinique et thérapeutique. Cliniquement, poussées successives du côté de la fosse iliaque droite, sans formation d'abcès et même d'adhérences, si ce n'est à l'extrémité de l'appendice; douleurs arrêtant absolument ce malade dans ses occupations, sensation d'une tumeur en forme de boudin très douloureuse en un point limité.

Au point de vue du traitement, résection de l'appendice dans une période de calme et guérison rapide opératoire et thérapeutique.

THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES DES ENFANTS

Du traitement de la coqueluche par l'oxymel scillitique

Par M. le Dr Simon

Chargé de la Clinique des maladies de l'enfance à la Faculté de Nancy

L'idée de traiter la coqueluche par l'administration de l'oxymel scillitique est due au Dr Netter (de Nancy) (1), qui en a fait l'objet d'une communication au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, de 1886, et qui s'est constamment efforcé depuis, de faire connaître et de vulgariser cette médication. L'oxymel scillitique, dit le Dr Netter, abrège considérablement la durée de la maladie; mais, ce qui est surtout caractéristique, c'est la diminution de la fréquence et de l'intensité des quintes ainsi que la disparition des vomissements et des hémorragies qu'elles occasionnent si fréquemment. Le Dr Remy conclut d'une manière analogue : « A part quelques cas exceptionnels, dont on trouve souvent l'explication dans l'existence de quelque complication, l'oxymel scillitique diminue très rapidement, dans l'espace de quelques jours, le nombre des quintes de la coqueluche »; et il ajoute qu'il emploie toujours l'oxymel de préférence à toute autre médication. A l'étranger, Widowitz, sur 149 cas, a vu 87 à 90 fois sur 100 une amélioration évidente se produire dès les premiers jours du traitement; Schnitzer se montre également favorable à cette médication; il établit par un graphique que, dès les premiers jours de l'administration de l'oxymel, les accès diminuent de fréquence; mais il constate, d'autre part, qu'ils ne disparaissent qu'après un temps assez long qui ne s'éloigne pas sensiblement de la durée ordinaire de l'affection. D'après le Dr Benoît (2), l'oxymel scillitique rend de grands services dans la coqueluche en abrégeant notablement la durée de la période spasmodique, en faisant cesser les vomissements et en diminuant le nombre et la violence des quintes. Enfin, tout récemment, à la Société de médecine de Nancy, à propos d'une communication de M. Herrgott, la médication du Dr Netter a réuni un grand nombre de suffrages : M. Schmitt (1), qui a traité de cette façon plus de 200 coqueluches, a vu 20 fois sur 100 l'affection enrayée dans les huit premiers jours; dans 65 0/0 des cas, le nombre des quintes, leur durée et leur intensité ont diminué au bout de deux à trois jours; dans 15 0/0 seulement des cas, l'effet obtenu a été complètement nul.

Pour ma part, j'ai l'habitude de prescrire l'oxymel scillitique aux enfants atteints de coqueluche; les petits malades l'acceptent d'ordinaire sans difficulté; il est bien toléré par les voies digestives, et il a, sur beaucoup d'agents usités en pareil cas, l'avantage d'une innocuité parfaite qui permet d'en abandonner l'administration à des mains trop souvent inexpérimentées. Je fais compter et inscrire jour par jour le nombre des quintes, d'abord avant de donner le médicament, puis quand le traitement a été institué; un simple coup d'œil jeté sur le tableau ainsi obtenu permet de se rendre compte immédiatement des résultats acquis.

Je dois dire que je n'ai pas constaté que l'oxymel scillitique jouisse de la propriété de faire avorter rapidement la coqueluche; d'après mes observations, celle-ci continue son évolution régulière; sa durée n'est pas considérablement raccourcie; mais il est incontestable que cette médication amène en peu de jours une modification avantageuse dans l'allure de la maladie, et, en général, on ne tarde pas à constater une diminution dans le nombre et la violence des accès, en même temps que la suppression des vomissements et des hémorragies qui en sont la conséquence.

C'est le plus souvent au bout de vingt-quatre heures que l'amélioration se manifeste, parfois seulement après deux ou trois jours; il est rare qu'elle se fasse attendre au delà du cinquième ou du sixième jour. Voilà, d'ailleurs, quelques exemples.

J. Jacquart, entré à l'Hôpital civil le 4 mars 1891. Coqueluche bénigne datant de douze jours. Vomissements glaireux et alimentaires; huit quintes en moyenne dans les vingt-quatre heures. Dès le lendemain de l'administration de l'oxymel, le chiffre quotidien des accès tombe à cinq seulement. Quatre jours plus tard, deux quintes dans les vingt-quatre heures; les vomissements alimentaires cessent définitivement. Le 18 mars, treizième jour du traitement, une seule quinte dans les vingt-quatre heures.

An. A. — Coqueluche datant de trois semaines. Vingt-trois à vingt-quatre quintes par vingt-quatre heures. Dès le troisième jour du traitement, le nombre des quintes s'abaisse à cinq et oscille dès lors entre cinq et dix, jusqu'aux quinzième et seizième jour, où on ne constate plus que quatre et trois accès dans les vingt-quatre heures. Sortie.

Gab. 19 mois. Coqueluche remontant à quinze jours.

(1) *Assoc. franç. pour l'avancement des sciences* (Congrès de Nancy) et *Revue méd. de l'Est*, 1887.

(2) *Wiener med. Wochenschr.*, 1888, n° 17. — *Arch. f. Kinderheilkunde*, 1889, p. 459. — *Thèse de Nancy*, 1890.

(1) *Revue méd. de l'Est*, 1891, n° 3.

Digitized by Google

Vingt-deux à vingt-cinq quintes très intenses, suivies de vomissements alimentaires. Oxymel scillitique, 30 grammes. Au bout de trois jours, seize à dix-sept quintes aussi violentes qu'au début, (40 grammes.) Six jours plus tard, les accès tombent au chiffre de onze à douze par vingt-quatre heures ; leur intensité est beaucoup moindre; les vomissements alimentaires ont cessé. A dater de ce moment, l'amélioration continue progressivement; le quarante et unième jour de la maladie, trente sixième du traitement, l'enfant n'a plus que six légères quintes par jour.

D'après ces faits, qu'il serait facile de multiplier, on voit que l'oxymel scillitique ne doit pas être considéré comme le remède spécifique de la coqueluche ; il ne la jugule pas, mais il la rend plus bénigne et en atténue les symptômes les plus pénibles. Sous son influence, le chiffre quotidien des quintes diminue dans une proportion souvent considérable (nous l'avons vu tomber fréquemment,apres quelques jours, à la moitié et même au quart du taux primitif), puis il continue à baisser progressivement, pour s'arrêter à un minimum qui persiste presque invariable jusqu'à ce que la maladie s'épuise d'elle-même et arrive naturellement à son terme. En même temps que les quintes diminuent de fréquence, elles deviennent plus courtes ; l'expectoration est plus abondante, plus fluide, et, par suite, plus facile: les vomissements alimentaires ne tardent pas à se supprimer.

Le mode d'administration de l'oxymel scillitique n'est pas indifférent, et il est nécessaire de se conformer aux règles établies dès l'abord par l'auteur de la méthode, si l'on veut pouvoir compter sur un résultat avantageux. Le médicament doit être administré quotidiennement et aussi longtemps que les quintes, quoique diminuées d'intensité et de fréquence, se produisent encore. Chez les bébés, on donnera de 20 à 60 gouttes dans les vingt-quatre heures, par doses égales dans l'intervalle des tétées; chez les enfants plus âgés, on administre de 20 à 30 grammes, c'est-à-dire environ 5 à 6 cuillerées à café, coup sur coup, entre 5 et 6 heures du soir, le malade demeurant complètement à jeun de 3 à 7 heures. Il n'est pas besoin d'ajouter qu'une hygiène bien entendue est le complément indispensable du traitement.

Comment agit l'oxymel scillitique? D'après Cullen, Murray, Fothergill, etc., il constitue un excellent expectorant qui rend de grands services dans les affections catarrhales des voies respiratoires. Je l'utilise fréquemment dans les bronchites de l'enfance, et je crois que c'est à tort qu'il est aujourd'hui délaissé. Quoi qu'il en soit et quelle que soit d'ailleurs la façon dont on interprète la quinte de coqueluche, il est certain qu'elle se juge par l'expulsion des mucosités visqueuses qui encombrent l'arbre bronchique ; or, en liquéfiant l'expectoration, en la rendant plus abondante et plus facile, l'oxymel agit dans le sens même de l'effort de la nature et contribue à hâter la fin de l'accès. C'est donc à ses propriétés expectorantes et non à une vertu antiseptique ou hyposthénisante qu'il doit son efficacité incontestable dans la coqueluche.

Sans doute, il n'en est pas le remède idéal, mais je puis dire, avec mon collègue et ami le Dr Schmitt, que, n'en connaissant pas d'absolument bon, nous nous contentons de celui qui, pour le moment, nous paraît le meilleur.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

MÉDECINE

Cent cas de fièvre typhoïde traités par les bains froids, par M. Bouveret. — Dans cette série, la mortalité n'a pas dépassé le chiffre minima de 3 pour 100. Les succès ne sont pas dus seulement à une banale application de la balnéation froide, mais à la réfrigération de l'abdomen par le cataplasme de glace et une alimentation bien réglée (*Lyon médical*, 3 mars 1891).

Voici ce régime alimentaire : 2 litres 1/2 à 3 litres de lait en 24 heures, pur ou sous forme de potage; une bouteille de vin vieux pur après le bain et après le potage qui suit le bain, ou bien additionné d'eau et bu en guise de tisane dans l'intervalle des bains.

Dans les cas graves, avec affaiblissement du cœur, on ajoute du champagne, du rhum et du café noir. Dès que la défervescence est bien établie, on donne deux ou trois œufs frais, dans la matinée, battus dans du lait ou dans du bouillon de viande dégraissé. Le lait est de beaucoup le meilleur aliment des fébricitants. Dans les premiers jours, il y a souvent quelques difficultés à faire accepter toute la ration alimentaire; mais les troubles digestifs se dissipent au bout de deux ou trois jours de traitement. On mesure, de plus, la quantité de lait ou de potage qui doit être ingérée après chaque bain ; cette quantité est d'un tiers de litre environ.

Dans les cas où le patient, délirant, est tombé dans le coma ou déglutit mal, M. Bouveret le nourrit à l'aide de la sonde œsophagienne.

Une sonde uréthrale de Nélaton convient pour cette opération. Après chaque bain, cette sonde est introduite par une narine et atteint la partie moyenne de l'œsophage. Avec une seringue, on fait pénétrer dans les voies digestives la quantité prescrite de lait, de vin, d'alcool, de café. Un typhique a été nourri pendant plusieurs jours à l'aide de ce procédé et a guéri. Dans trois cas, cette alimentation artificielle a été continuée près d'un septénaire, et la guérison de ces trois typhiques a été due, autant à la parfaite régularité de l'alimentation, qu'à la réfrigération systématique elle-même. S. R.

De l'arsenicose, par M. Manzurow.— De même qu'il existe une argyrose consécutive à l'emploi interne des sels d'argent, il existe aussi une arsenicose. Cette affection est rare, d'après l'auteur, à cause de la solubilité excessive des préparations arsenicales. (*Arch. f. Derm. und Syph.* heft. 2, 1891).

Néanmoins il en cite un cas : celui d'un individu qui, pour combattre un eczema, fit usage de la liqueur de Fowler durant neuf mois consécutivement. Ses ongles prirent une coloration brun foncé qui ne disparut qu'après la cessation du traitement arsenical.

Par l'examen histologique de leur tissu on constata une décoloration des cellules des couches superficielles. Cette décoloration peut donc exister en l'absence de tout autre signe d'arsénicisme. S. R.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la paralysie diphtérique par les injections de strychnine, par M. Rosenzweig. — Dans les quatre cas rapportés par l'auteur, il s'agissait d'enfants qui, à la suite d'angine d'intensité variable, furent pris de paralysie complète du voile du palais, accompagnée une fois de paralysie des mus-

Digitized by Google

es du larynx, et une autre de parésie des membres inférieurs (*Thérap. Monat.*, avril 1891).

Injecté à la dose de 2 à 3 milligrammes dans la région de la nuque, le sulfate de strychnine a amené une guérison rapide. Les injections avaient été renouvelées à un ou deux jours d'intervalle.

L'angine avait été traitée par le sachet de glace au devant du cou, les petits morceaux de glace constamment maintenus dans la bouche et les badigeonnages salicylés:

Acide salicylique.....	1 gramme
Alcool..... }	ãã 25 grammes
Glycérine..... }	

H. G.

Emploi de l'huile de foie de morue comme topique, par M. Fargeaud — C'est contre les manifestations scrofuleuses, adénites, arthrites, ostéites et ophtalmies chroniques que ce topique a été utile surtout (*Le Limousin Médical*, avril 1891).

M. Fargeaud le prescrit sous la forme d'une émulsion en association avec l'acétate de plomb:

Huile de foie de morue.....	15	grammes
Sous-acétate de plomb.....	8	—
Jaune d'œuf	12	—

En même temps, on la prescrit à l'intérieur.

S. R.

TOXICOLOGIE

Traitement de l'empoisonnement chloroformique par le nitrite d'amyle, par M. E. Mammen. — Ce cas est le suivant: le malade dort dans la stupeur depuis une heure et demie; respirations faibles et rares. Pouls rapide et faible. Il avait ingéré 45 grammes de chloroforme (*The N.-Y. Med. Record*, 25 avril 1891).

Bref, tous les symptômes d'un empoisonnement grave par ingestion de chloroforme. On pratique l'inhalation du contenu d'une ampoule de nitrite d'amyle. Quinze minutes après, on renouvelle ce traitement, sous l'influence duquel la respiration reprend son rythme et le pouls se relève. Répétition de six ou huit inhalations semblables; puis, injection sous-cutanée d'atropine. Quatre heures après l'accident, plus de stupeur. Le malade eut de l'ictère durant deux semaines.

L'emploi du nitrite d'amyle est donc à essayer dans des cas semblables. Dans celui-ci, on doit lui attribuer le succès plus encore qu'à l'injection d'atropine. S. R.

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude du traitement de la fièvre typhoïde, par M. le Dr R. Dauvergne (*thèse de Paris*, 1891).

Dans ce mémoire, intéressant et inspiré par un excellent esprit clinique, M. Dauvergne plaide la cause du traitement de la fièvre typhoïde par la méthode des indications. C'est après tout la seule naturelle à défaut d'une médication spécifique de cette maladie.

Pour le prouver, notre jeune confrère invoque des statistiques personnelles dans lesquelles : à la Pitié, la mortalité était de 11,6 pour cent et, à l'hôpital de Levallois, s'abaissait à 4,4 pour cent.

Il ne faut donc pas chercher dans ce travail la description d'une médication inédite ou la révélation d'un remède nouveau. Non, M. Dauvergne s'est placé à un point de vue plus pratique et termine, conclusion légitime, par cette justicieuse réflexion : « qu'à des indications données », doit correspondre un traitement donné, et que la meilleure médication de la fièvre typhoïde est à l'heure actuelle le traitement des indications. Comme disait Sydenham : *Ars tota in indicationibus.*

Ch. Eloy.

Valeur séméiologique de la pectoriloquie aphone, par le Dr Rohart (*thèse de Paris*, 1890).

On sait que la pectoriloquie aphone est la transmission de la voix chuchotée à travers le poumon et les parties molles du thorax ; ce signe, mentionné en toutes lettres dans le célèbre traité de Laennec, a surtout été étudié par Baccelli (de Rome), qui le considérait comme pathognomonique de pleurésie séreuse. De nombreux observateurs ont signalé sa présence dans la pleurésie purulente; la pectoriloquie aphone a donc perdu beaucoup de sa valeur diagnostique au point de vue de la nature de l'épanchement ; elle n'en reste pas moins un signe fort important de la condensation du tissu pulmonaire autour des tuyaux bronchiques ou d'une caverne à parois lisses. L'auteur l'a principalement étudiée dans la tuberculose pulmonaire, où elle se rencontre à toutes ses périodes. Les points où il est le plus fréquent de la constater au début de la maladie, sont l'espace interscapulaire (induration des ganglions bronchiques), la fosse sus-épineuse, le creux sous-claviculaire. Toutefois, par elle-même, elle n'a pas de valeur absolue ; elle n'acquiert toute sa signification que par sa combinaison avec les autres signes physiques de la tuberculose et surtout par les résultats de l'examen bactériologique.

H. M.

OBSTÉTRIQUE D'URGENCE

Extraction de la tête dernière (1)

Extraction de la tête dernière arrêtée par le col utérin. — Dans les cas qui ont été examinés jusqu'ici, la tête descend sur le périnée; c'est seulement à ce niveau que survient l'obstacle à la sortie de cette tête.

D'autres fois, elle est retenue plus haut, par le col de l'utérus rétracté sur elle; deux circonstances différentes se rencontrent en clinique.

1° Le tronc et les bras sont hors des voies génitales; l'accoucheur introduit sa main dans le vagin pour faire la manœuvre de Mauriceau; et il s'aperçoit bien vite que toute la tête est retenue dans l'utérus, et que le col de la matrice s'est rétracté sur le cou de l'enfant. C'est le cas le plus facile à diagnostiquer, sinon le plus fréquent et le plus aisé à traiter. Il a fallu, pour qu'un accident de ce genre se produisît, que la tête fût défléchie pendant la descente du fœtus. Il a fallu de plus qu'une irritabilité particulière du col favorisât sa réaction; soit que l'on ait administré à tort de l'ergot de seigle, soit que l'on ait entrepris l'extraction avant la dilatation complète, soit enfin qu'on se trouve en présence d'un spasme que rien ne peut expliquer, excepté le tempérament nerveux de la femme et des attouchements réitérés et mal conduits pendant la période de dilatation.

Quelle conduite faut-il tenir? Il faut sans hésiter, essayer d'introduire deux doigts dans le col, entre son orifice et la tête, aller à la recherche du menton puis de la bouche; prendre point d'appui sur le maxillaire inférieur et tirer pour fléchir la tête et l'entraîner. Il faut en un moment faire la manœuvre de Mauriceau. Le plus souvent on réussira, et le plus difficile est d'introduire les doigts entre le cou de l'enfant et le col utérin.

(1) Voir : *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 21 janvier 1891.

Digitized by Google

Tirer sans secousses, dans la direction de l'axe pelvien, en ayant soin de ne pas faire tourner trop tôt la tête, voilà le moyen de venir à bout de cette difficulté. Il faut savoir que quelquefois la réaction est telle, que le col ne cèdera qu'au prix d'une déchirure. Cet accident est surtout à craindre après l'ingestion de seigle ergoté. Si on ne réussit pas avec la manœuvre manuelle, on se trouvera bien d'une application de forceps : les cuillers seront introduites *dans l'utérus*, entre le col et la tête.

2° Le tronc et les bras sont hors des voies génitales. L'accoucheur introduit sa main dans le vagin pour faire la manœuvre de Mauriceau ; il trouve la bouche dirigée en arrière directement ou un peu obliquement ; il y introduit les doigts et tire ; mais la tête reste en place, au-dessus du périnée qu'elle ne touche pas ; ou bien, si les tractions sont énergiques, elle descend un peu, mais s'arrête bientôt, et l'accoucheur peut croire que l'obstacle siège au périnée ; celui-ci pourtant est souple, perméable et manifestement hors de cause.

Un examen attentif fait reconnaître la nature de la difficulté. En avant, derrière la symphyse, on sent le col de l'utérus étroitement appliqué sur la nuque de l'enfant, au-dessous de l'occiput, et, en arrière, la main, poussée suffisamment haut, rencontre encore le bourrelet formé par le col et serré sur la tête au-dessous des bosses frontales. L'enfant est coiffé par le col comme par un bonnet de coton et l'orifice cervical s'est rétracté au-dessous du diamètre sous-occipito-frontal (diamètre maximum) qu'il empêche de passer.

La manœuvre de Mauriceau est encore indiquée ici ; on insistera sur la flexion, c'est-à-dire sur les tractions exercées par la main qui accroche le maxillaire inférieur. Mais parfois, les tractions manuelles sont inefficaces, et il faudra encore recourir au forceps. Les cuillers seront placées dans le col, entre son orifice et la tête ; et dès qu'elles seront introduites, l'extraction deviendra des plus simples. J'ai connaissance d'un fait de ce genre qui m'a été communiqué par mon excellent ami le Dr Lavie. Le Dr Lavie avait eu déjà l'occasion de faire des applications de forceps sur la tête dernière et connaissant la réprobation de nombre d'accoucheurs pour cette opération, il s'en prenait à lui-même de l'avoir pratiquée plusieurs fois. Il se rendait pourtant bien compte que sans le forceps, les enfants qu'il avait ainsi mis au monde auraient succombé, tandis que le succès avait couronné ses efforts. Dans ces derniers temps, il eut à accoucher une femme dont l'enfant, venant par le siège, était mort depuis deux ou trois jours. Sûr de ne pas être pressé par la nécessité d'extraire rapidement cet enfant dont la mort était certaine, le Dr Lavie fit des tractions bien conduites sur le menton et la nuque ; le col était resserré au-dessous du diamètre sous-occipito-frontal ; et malgré les efforts méthodiques et soutenus que fit notre confrère, malgré la malléabilité relative de la tête de ce fœtus macéré, l'accouchement ne fut possible qu'avec une application de forceps.

Les faits de ce genre se multiplient, et tout récemment, à la clinique de M. le Dr Tarnier, j'ai eu moi-même l'occasion de pratiquer deux fois à quatre jours d'intervalle, l'application de forceps sur la tête dernière et l'opération amena des enfants vivants.

En résumé, aussi bien pour les cas où la tête est arrêtée par le périnée que pour ceux où elle est retenue par le col, la règle très générale est que la manœuvre de Mauriceau vient à bout de la plupart des difficultés. Peut-être viendrait-elle à bout de toutes les difficultés, avec des tractions suffisamment violentes et suffisamment prolongées, mais il ne s'agit pas d'extraire un enfant, il faut extraire un enfant vivant. Et, comme le disait M. le Dr Tarnier, on doit compter sur la manœuvre de Mauriceau dans la grande majorité des cas ; mais il ne faut pas s'acharner sur les tractions manuelles et si la vie de l'enfant semble compromise, il faut appliquer le forceps.

Comme conclusion, je répéterai avec M. Budin, que dans un accouchement par le siège, il faut toujours avoir son forceps à côté de soi.

Dr Demelin.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

MALADIES VÉNÉRIENNES

De l'hygiène des syphilitiques

S'il était appelé à donner ses soins à un syphilitique, l'homme de l'art, qui se bornerait à lui prescrire, dans ses menus détails, le traitement spécifique, pourrait-il se flatter d'avoir accompli sa besogne et de s'être acquitté entièrement à souhait de la mission de confiance dont il a été investi ? Assurément non ; son œuvre serait incomplète. Certes, il en aurait exécuté la partie la plus importante. On pourrait, en effet, aujourd'hui compter les médecins qui dénient aux mercuriaux et aux iodures leur puissance médicatrice. Mais personne aussi ne mettra en doute l'obligation absolue, l'impérieuse nécessité d'allier l'hygiène à la thérapeutique et d'assurer le succès de celle-ci par l'assistance éclairée de celle-là. L'expérience clinique l'a prouvé de longue date et le démontre encore journellement. Les syphiligraphes voient constamment des malades victimes de leur mépris pour les lois de l'hygiène. Volontiers ils ont accepté le traitement ; régulièrement, ils le suivent. Cependant, les accidents persistent ; à peine ont-ils disparu qu'ils récidivent, et cela au grand désespoir des malades, qui, cependant, n'ont pas la force de modifier leur genre de vie et de résister à l'entraînement d'habitudes vicieuses.

L'homme qui a eu le malheur de contracter la syphilis doit avoir une existence désormais réglée d'une certaine manière. A ce prix seulement, il pourra se défendre d'un ennemi toujours prêt à l'attaquer, toujours disposé à l'envahir par les points les plus faibles de son organisme. Qu'il s'agisse de la maladie à son début, durant sa période d'état, à un âge avancé, l'hygiène ne cesse de réclamer ses droits. Pas n'est besoin, pour en acquérir la conviction, d'avoir suivi un grand nombre de syphilitiques. Ce qu'il importe surtout de rappeler, c'est que l'hygiène bien entendue n'exerce pas seulement son influence heureuse sur l'ensemble de l'évolu-

Digitized by Google

tion morbide, mais encore sur chacune des manifestations de la diathèse.

Du reste, la preuve en est facile. Il suffit, pour cela, de suivre pas à pas le syphilitique à dater du jour où le virus s'est emparé de son organisme. Et cependant les premières manifestations de celui-ci sont de minime importance : une perte de substance limitée, siégeant presque toujours aux organes génitaux et un engorgement ganglionnaire inguinal indolent, voilà tout au début. Ces accidents retentissent si peu sur l'organisme, qu'il y a des gens mésoigneux pour lesquels ils passent inaperçus. Néanmoins, ce chancre qui, dans la majorité des cas, n'occasionne qu'une gêne insignifiante, cette adénite qui ne provoque pas la moindre douleur, peuvent devenir le siège de certaines complications qu'une hygiène bien entendue, en dehors de tout autre moyen, arrive presque toujours à prévenir.

Ces complications, heureusement rares, qui entravent la tendance naturelle vers la guérison du chancre syphilitique, tiennent soit à des phénomènes inflammatoires surajoutés, soit à la gangrène ou au phagédénisme.

Or, sur quels malades observe-t-on de semblables accidents ? 80 fois sur 100, on les rencontre chez des individus qui appartiennent à la classe inférieure de la société et n'ont aucun souci de la propreté. On les constate encore, dépendant de la même cause, sur les sujets qui se livrent bien à des ablutions journalières, mais qui, par une pruderie mal entendue, négligent l'entretien de leurs organes génitaux.

Ces soins de propreté sont peut-être plus nécessaires encore chez la femme, dont les organes génitaux sont le plus souvent imprégnés de liquides irritants, provenant soit du vagin, soit du canal cervico-utérin. Chez quelques-unes d'entre elles, ces liquides, par leur abondance et leurs propriétés corrosives, provoquent des démangeaisons continuelles, entretiennent des rougeurs dans les plis génito-cruraux et peuvent même, surtout chez les personnes obèses, engendrer des érosions qui ne peuvent guérir que par l'isolement des parties.

C'est principalement à l'époque des règles que la propreté s'impose encore davantage. Inutile d'insister sur la nécessité de renouveler souvent les serviettes qui servent de garniture. On sait, en effet, combien le sang desséché est une cause d'irritation. Il est donc nécessaire d'absterger souvent les parties génitales et d'éviter, autant que possible, le contact prolongé du sang. L'eau tiède, additionnée par litre d'une cuillerée à bouche d'acide borique, est un des meilleurs liquides que l'on puisse employer : l'acide borique possède, en effet, l'avantage d'être antiseptique sans être irritant.

(*A suivre*). Dr Alex. Renault,
Médecin de l'Hôpital de Lourcine.

INCOMPATIBILITÉS PHARMACEUTIQUES

Iodure de potassium et chlorate de potasse

Un pharmacien ayant à préparer la potion suivante :

Iodure de potassium....	4 gr.
Chlorate de potasse....	6 gr.
Sirop de narcéine.....	50 gr.
Eau distillée.....	200 gr.

remarqua, au bout de quelques heures, que le liquide, d'abord limpide et incolore, commençait à se troubler et à passer par les teintes jaune et brune. Dans ce cas, d'après M. Sohet (de Bruxelles), l'iode mis en liberté par les acides de l'estomac, décompose le chlorate de potasse avec dégagement de chlore et formation d'iodate, d'où la coloration brune du liquide.

Il faut donc conclure à l'incompatibilité de l'iodure de potassium et du chlorate de potasse ; l'association de ces deux sels est dangereuse, puisqu'elle donne lieu à la formation de l'iodate de potasse, sel toxique. A ce sujet, il est utile de rappeler que Melsens a établi qu'on peut tuer un chien en lui administrant un mélange d'iodure de potassium et de chlorate de potasse contenant de 40 à 60 centigrammes de chacun de ces deux sels.

R. D.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

GYNÉCOLOGIE

I. **Traitement antiseptique de la vaginite.** — Il s'agit du traitement local au moyen des tampons et des irrigations :

1° *Irrigations.* — On les pratiquera avec le spéculum tubaire en injectant doucement, très doucement, le liquide antiseptique et en même temps que l'on retire le spéculum, de façon à mettre toute la surface de la muqueuse en contact avec le médicament.

Le liquide à injecter sera la solution de sulfate de cuivre à 1 pour 100, de thymol, d'acide phénique ou de sublimé à 2 pour 100, ou bien de quatre cuillerées à bouche par litre du glycéré boriqué suivant :

Acide borique.....	40 grammes
Glycérine neutre pure.	60 —

F. s. a. et dissoudre à chaud.

2° *Tamponnement.* — On les pratique avec l'ouate hydrophile trempée dans ce glycéré ou bien dans le suivant :

Acide phénique cristallisé.....	0 gr.50
Salicylate de bismuth.....	2 gr.
Glycérine pure.....	20 gr.
Eau distillée.....	50 gr.

Ou bien encore avec la préparation suivante parfois un peu douloureuse à tolérer :

Iodol.....	2 grammes
Alcool.....	60 —
Glycérine.....	40 —

3° *Balnéation.* — A moins d'indications contraires, bains sulfureux avec injections au moyen du spéculum pendant leur durée et avec l'eau du bain.

OTOLOGIE

II. **Traitement local de l'otalgie.** — Après les instillations banales avec la décoction de pavot laudanisée, on peut essayer les instillations avec les préparations suivantes :

Extrait thébaïque.....	10 grammes
Eau distillée.....	15 —

Ou bien :

Hydrochlorate de morphine.....	0 gr.05
Eau distillée.....	50 gr.

Ou bien encore :

Hydrochlorate de cocaïne.....	0 gr.20
Eau distillée.....	5 gr.

Répéter ces instillations tièdes toutes les demi-heures.

Digitized by Google

Gruber (de Vienne) recommande les frictions avec les préparations analgésiantes:

Hydrochlorate de morphine.....	0 gr.10
Vaseline.....	10 gr.

Dose: gros comme un pois de cette pommade en frictions autour de l'oreille.

Ou bien: avec l'huile de jusquiame mélangée par parties égales avec le chloroforme.

Ou bien: avec le glycéré de vératrine:

Vératrine.....	0 gr.10
Glycérine pure.....	20 gr.

On ne doit pas oublier que l'usage de la vératrine n'est exempt ni de dangers ni d'accidents.

A l'exemple de Moure, on peut, dans les formes très douloureuses, employer le tamponnement du conduit auditif avec le glycéré suivant:

Sulfate d'atropine..... }	ãã 0 gr.05
Hydrochlorate de morphine... }	
Glycérine neutre.....	20 gr.

STOMATOLOGIE

III. **Traitement prophylactique de la stomatite mercurielle.** — Il convient de l'instituer dès le début de la médication spécifique de la syphilis par le mercure:

1° Après chaque repas, brosser les dents dans le sens vertical avec l'une des poudres suivantes:

Carbonate de magnésie pulvérisée }	ãã 5 grammes
Iris de Florence pulvérisé..... }	
Carbonate de chaux.....	30 —
Huile de menthe.....	V gouttes

Ou bien:

Acide borique pulvérisé..... }	ãã 5 grammes
Gaïac pulvérisé..... }	
Carbonate de chaux.....	10 —
Chlorate de potasse.....	4 —
Essence de rose.....	I goutte

2° Badigeonner quotidiennement la muqueuse gingivale avec la teinture composée suivante:

Teinture de noix de galle..... }	ãã 25 grammes
Teinture de ratanhia..... }	

3° Gargarismes chloratés à 2 pour 100.

S. R.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE. **Société de médecine de Berlin** (15 avril 1891) I. *Les résultats du tubage du larynx.* — ANGLETERRE. **Société royale de médecine et de chirurgie de Londres** (14 avril 1891). II. *Les complications cardiaques de la rougeole.* — AUTRICHE. **Société impériale et royale des médecins de Vienne** (17 avril 1891). III. *Le traitement phosphoré de l'ostéo-malacie.*

I. **Les résultats du tubage du larynx.** — On se rappelle qu'au Congrès de médecine de Berlin, cette méthode eut de chauds avocats. On y rendit justice, il faut s'en féliciter, à M. Bouchut, l'inventeur français de cette opération. Dwyer, l'Américain, eut sa part de compliments.

Néanmoins, la preuve de l'efficacité du tubage n'était point établie. Les observations de M. BAGINSKY ne semblent point la faire en son honneur (1).

Quinze enfants de l'hôpital de l'Empereur Frédéric furent tubés par le procédé et avec l'instrumentation de Dwyer, pour des rétrécissements laryngés consécutifs à la diphtérie. Les résultats ont été les suivants : un seul cas de guérison par le tubage seul, et un autre, par le tubage associé à la trachéotomie ; au demeurant 13 décès.

Ces chiffres méritent d'être discutés. En premier lieu, les cas étaient graves, ce qui expliquerait les nombreux insuccès. De plus, après le tubage, la déglutition offre des difficultés; l'alimentation est très pénible, parfois même impossible, surtout quand il s'agit de liquides. Aussi dans ces cas, introduire les boissons par la sonde stomacale. Enfin, il y a eu des névroses du larynx produites par le tube.

Immédiatement après le tubage on observe bien une amélioration; la dyspnée s'atténue et la respiration reprend son rythme ; mais cette amélioration est passagère, soit que des fausses membranes viennent obstruer la canule, soit que la dyspnée augmente par suite de complications broncho-pulmonaires. Enfin, M. Baginsky constate qu'après le tubage la résistance à la trachéotomie est amoindrie.

Ces dangers de l'intubation ne sont pas les seuls: M. SCHWALBE rappelle les cas de pneumonie infectieuse par aspiration des fausses membranes et la fréquence des ulcérations laryngées. Quant au procédé qui consiste à alimenter les enfants la tête en bas, il en fait aisément bonne justice.

Cependant, ce sévère jugement à l'égard d'une méthode qui, paraît-il, fait merveille en Amérique, n'est point celui de M. ROSENBERG, pour lequel on doit réserver le tubage aux cas légers de croup, et qui essaye, argument de pis aller, d'expliquer l'insuccès des médecins européens à leur instrumentation plus défectueuse que celle dont leurs confrères Américains disposent.

II. **Les complications cardiaques de la rougeole.** — L'endocardite rubéolique est rare ; cependant M. HUTCHINSON a pu en réunir quatre cas que voici en résumé.

Le premier était celui d'un garçon de dix ans, possédant par sa famille des antécédents héréditaires. Il contracte la rougeole et au deuxième de la période prodromique de cette affection, on constatait un souffle mitral.

Le second concerne un garçon de neuf ans, qui au quinzième jour d'une rougeole compliquée de laryngite catarrhale et de broncho-pneumonie, présenta un souffle systolique.

Le troisième est relatif à un enfant de neuf ans, qui, au deuxième jour de la maladie, eut de la broncho-pneumonie et de la pleurésie. Deux jours après, il est atteint d'endocardite.

Enfin le quatrième cas est celui d'un garçon de sept ans, qui au quatorzième jour de la maladie, c'est-à-dire durant la convalescence, accusa un souffle systolique.

S'agit-il dans ces cas, de sujets déjà en puissance de rhumatisme, chez lesquels la rougeole intervient comme cause provocatrice ? C'est l'opinion de M. Hutchinson.

A cette théorie, M. Cheadle répond qu'il n'est pas invraisemblable d'admettre l'action du poison rubéolique sur l'endocarde et qu'on peut comparer ces endocardites aux méningites, aux myélites et aux néphrites post-rubéoliques. D'ailleurs, dans deux autopsies de rubéoleux, il a pu constater des lésions endocardiques qui, pendant la vie, avaient échappé aux investigations cliniques.

D'ailleurs, cette opinion, comme M. ROBERT LEE l'a fait remarquer, est conforme à l'opinion classique et à l'analogie avec ce qui s'observe dans la scarlatine et la variole. Toutefois, comme opinion de conciliation, on peut légitimement faire intervenir les tendances constitutionnelles du malade dans la prédisposition à ces localisations.

C'est là une question d'intérêt clinique, car si elle était affirmativement résolue, elle donnerait peut-être à la pathogénie de nombreuses cardiopathies.

(1) Voir : Le tubage du larynx. Revue pratique, par M. le Dr Gillet (*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1890).

Digitized by Google

III. **Le traitement phosphoré de l'ostéo malacie.** — Cette médication est en honneur en Autriche, depuis des travaux récents qui, somme toute, ont consacré les remarques de Trousseau et d'autres observateurs.

M. Sternberg la formule ainsi chez une adulte, femme atteinte d'ostéo malacie puerpérale,

Prendre chaque jour une cuillerée à thé de la solution suivante :

Huile de foie de morue	100 grammes
Phosphore	0 10 centigrammes

Il faut continuer ce traitement pendant plusieurs semaines ou même des mois jusqu'à cessation des douleurs et consolidation des os. M. Nothnagel préfère l'administration du phosphore sous la forme pilulaire.

En tout cas, on se demande si les bénéfices thérapeutiques obtenus sont dus exclusivement au médicament ou bien à l'observation d'une hygiène sévère et à l'usage d'une alimentation convenable?

K. D.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 mai 1891

Présidence de M. le Dr Nicaise

Pronostic et traitement des tumeurs malignes intra-oculaires. — M. Lagrange (de Bordeaux) distingue trois variétés de ces tumeurs : le sarcome mélanique du tractus uvéal, le leucosarcome de la choroïde, le gliome de la rétine ; le pronostic et le traitement diffèrent pour chacune d'elles.

Le sarcome mélanique du tractus uvéal est le plus malin de tous ces néoplasmes, en raison même de sa propagation rapide dans l'organisme et de la fréquence de ses récidives. Il infecte l'organisme soit par propagation de proche en proche, soit par transport à distance de ses cellules migratrices au travers les vaisseaux lymphatiques.

Dans les tumeurs de ce genre il faut intervenir de bonne heure, avant que les cellules sarcomateuses aient franchi la capsule de Tenon et infecté le reste de l'orbite.

L'opération ne consistera donc pas dans une simple énucléation de l'œil, mais dans un évidement complet de l'orbite.

Le leuco sarcome de la choroïde est plus bénin que le précédent, sa marche est moins rapide, ses récidives moins fréquentes ; c'est par la gaîne vaginale du nerf optique que ses éléments se propagent à distance. M. Lagrange, dans les cas de ce genre, conseille également l'évidement de l'orbite.

Le gliome de la rétine ne mérite pas le pronostic fâcheux qu'on lui attribue ordinairement (de Wecker, Panas). Les guérisons définitives ne sont pas rares dans cette forme, ainsi que l'auteur en rapporte un exemple personnel.

L'intervention doit être la même que précédemment.

M. Championnière pense que, quels que soient le mode et la période de l'intervention dans le melano-sarcome, les résultats sont toujours mauvais. Cette gravité du pronostic ne doit pas être attribuée à l'opération, mais à la nature même de la tumeur, qui récidive et se généralise avec une très grande rapidité. Il en est de même pour les sarcomes mélaniques de toutes les régions.

M. Berger. — Toutes les tumeurs mélaniques ne récidivent pas aussi rapidement que le dit M. Championnière.

En 1883, il faisait une amputation de pouce chez un homme atteint de cancer mélanique de ce doigt : la tumeur récidiva sur la cicatrice, il amputa l'avant-bras. Nouvelle récidive sur la cicatrice, pour laquelle il fit la désarticulation de l'épaule. Depuis un an et demi, cet homme n'a pas eu de récidive.

M. Delens a enlevé chez un jeune homme une tumeur mélanique de la conjonctive ayant envahi la région ciliaire : il n'a pas encore eu de récidive depuis 15 mois que l'opération est faite.

M. Tillaux a opéré il y a vingt ans un homme atteint de cancer mélanique de l'œil, il fit le curage complet de l'orbite ; cet homme eut trois récidives, mais survécut trois ans.

Les sarcomes mélaniques des mains et des pieds sont assez fréquents ; les récidives, au bout de un ou deux ans, se font plutôt dans les ganglions lymphatiques, mais cette infection demande en général un temps plus long que ne le pense M. Championnière.

M. Terrier donne la statistique des opérations pratiquées à l'hôpital Bichat pendant l'année 1890.

H. M.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 mai 1891

Présidence de M. le Dr Labbé

Infection pneumococcique à localisation particulière. — M. Rendu rapporte deux cas d'infection pneumococcique peu fréquente. Dans le premier il s'agit d'une infirmière entrée le 12 mars dans son service avec des phénomènes généraux graves, faisant redouter l'apparition d'une pneumonie. La malade avait été prise de frissons la veille, d'une fièvre ardente. Le faciès était animé, la température de 40°.4, la respiration anxieuse. Cependant on ne trouvait rien du côté du cœur, des poumons ou de l'intestin. La seule lésion siégeait à la gorge ; le voile du palais, les piliers, les amygdales étaient d'un rouge intense, mais ne présentaient pas d'exsudat. Il s'agissait donc d'une angine érythémateuse, légère en apparence et hors de de proportion avec l'intensité des phénomènes généraux. M. Rendu pensa que le pneumocoque n'était peut-être pas étranger à cette infection microbienne, car des pneumonies existaient dans la salle où cette femme était infirmière. M. Boulloche, interne du service, examina la salive de cette malade au point de vue bactériologique, et put faire avec elle des cultures pures du pneumocoque : celles-ci furent extrêmement virulente chez les souris. La démonstration était donc complète. D'autre part, sous l'influence de l'antipyrine et de l'extrait thébaïque, les phénomènes généraux rétrocédèrent très-rapidement et au bout de trois jours cette femme était guérie, après avoir présenté des phénomènes critiques, tels qu'une diurèse et une diaphorèse très abondantes.

M. Rendu observa à la même époque dans son service, à deux lits de distance, un cas exactement semblable, probablement dû à la contagion, qui se termina de la même façon.

Dans le deuxième cas il s'agit d'une méningite spontanée à pneumocoques. Un homme atteint de grippe depuis quelques jours est pris d'agitation légère, de délire nocturne. Ne pouvant se soigner chez lui, il vient à pied à l'hôpital. L'état général paraissait assez grave : à l'auscultation on ne trouvait aucune lésion dans la poitrine, quoique M. Rendu pensât à une tuberculose probable. Le soir, cet homme tombait dans le coma, présentait une monoplégie brachiale droite, et succombait le lendemain. A l'autopsie on trouvait une méningite suppurative des deux hémisphères, pas de tubercules des méninges ni du poumon, pas de pneumonie. Le pus des méninges contenait des pneumocoques en grande abondance. Cette observation est un exemple intéressant de méningite, due au pneumocoque et éclairant d'un jour nouveau l'histoire des méningites spontanées, dont les causes sont restées jusqu'ici fort obscures.

M. Netter. La méningite suppurée à pneumocoques s'accompagne souvent de méningite spinale suppurée. Il eût été

Digitized by Google

intéressant eans ce cas d'examiner le conduit auditif externe et les sinus aériens du crâne, car très-souvent ils contiennent du pus et des pneumocoques, ce qui explique la propagation de l'infection aux méninges.

On connait déjà un type d'angine à pneumocoques, l'angine pseudo-membraneuse à pneumocoque, qui simule l'angine diphtérique, mais est loin d'en présenter la gravité. L'observation si complète de M. Rendu en forme un nouveau type.

Virulence de la salive humaine. — M. Chantemesse. La salive humaine d'un rabique peut donner la rage au chien ainsi que cela résulte d'une expérience ancienne de Magendie, et de nouvelles expérionces faites à l'Institut Pasteur. Toutefois on ne connait pas d'exemples de rages transférées de l'homme à l'homme.

Dr H. Marciguey.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 mai 1891

Présidence de M. le Dr Tarnier

Irrigations vaginales. — Le Dr P. Budin présente un siphon vide-bouteille. Différents appareils ont été imaginés pour permettre de faire sortir l'eau d'une bouteille tout en la maintenant bouchée. On a, par exemple, mis deux tubes dans un bouchon en caoutchouc: un court pour laisser passer l'eau, l'autre long destiné à porter l'air qui fera pression au-dessus du liquide contenu dans le flacon renversé.

Voici ce que nous avons pensé:

1° Le tube qui doit laisser passer l'air, plus fluide, n'a pas besoin d'être aussi gros que celui destiné à l'écoulement de l'eau.

2° Si le tube à air a un calibre plus petit et si, au lieu d'être long, il est court, quand on renversera la bouteille, l'eau tendra à le traverser, mais elle rencontrera plus d'obstacles que pour franchir le gros tube.

L'eau s'écoulera donc facilement par le gros tube et, en sortant, elle fera le vide dans la bouteille. L'eau qui a commencé à pénétrer dans le petit tube est aspirée avant d'avoir pu sortir : elle est entraînée de dehors en dedans et de bas en haut ; l'air envahit la bouteille dans le même sens et s'élève au-dessus du liquide. Le siphon est amorcé et l'eau coule abondamment.

Nous avons fait réaliser différents instruments en nous fondant sur ces principes:

Si le tube à air est très petit, l'écoulement n'est pas considérable et peut n'être pas suffisant.

Si ses dimensions sont, au contraire, trop grandes, l'eau le franchira vite et il en sortira quelques gouttes avant que le siphon soit amorcé.

On peut cependant lui donner un diamètre assez notable si on oppose, par un procédé quelconque, une résistance nouvelle à la sortie de l'air. On y parvient, par exemple, en donnant de la longueur au petit tube Pour cela, on le fait dépasser un peu le gros tube à l'intérieur de la bouteille, et, à l'extérieur du bouchon, on lui imprime une courbure faisant une anse notable.

L'air, pouvant entrer en plus grande quantité, l'eau sortira plus vite.

Dans l'appareil que nous vous présentons le gros tube a un calibre extérieur de neuf millimètres, celui du petit tube est de 2 millimètres 7; le bouchon en caoutchouc porte le numéro 3, 4 ou 5. La longueur totale de l'instrument est de 10 cent.

Si on fixe sur le conduit à eau un tube de caoutchouc ayant une longueur d'un mètre, un litre est vidé en 20 secondes, ce qui donne un débit de 3 litres à la minute.

L'appareil est simple, peu volumineux et par conséquent très-transportable, peu coûteux, nullement fragile et facile à tenir propre. Comme partout on trouve un litre, une bouteille ou une carafe, il est facile d'obtenir intantanément un laveur ou un injecteur avec ce *siphon vide-bouteille*. Il pourra, pensons-nous, rendre service aux sages-femmes et aux médecins.

Cocaïne et cocaïnisme. — A l'occasion d'un mémoire lu à l'Académie par M. Hallopeau sur des accidents de *cocaïnisme chronique*, M. Magitot, rapporteur d'une commission, trace l'histoire complète de la cocaïne dont l'emploi comme analgésique local a pris, comme on sait, une si grande extension dans la pratique chirurgicale. Toutefois, à la suite d'un assez grand nombre d'accidents plus ou moins graves et même mortels, il s'était élevé contre son emploi des craintes sérieuses et une certaine reprobation, que M. Magitot, après enquête des faits, déclare ne pas partager. Il termine son rapport par plusieurs propositions qu'on peut regarder comme constituant *le code* de l'administration de la cocaïne en chirurgie.

Les voici :

Sa dose de cocaïne doit être proportionnelle à l'étendue de la surface à analgésier ; elle ne dépassera dans aucun cas *huit* ou *dix* centigrammes, dose réservée aux grandes surfaces opératoires ; 2° Elle ne devra jamais être employée chez les cardiaques, dans les maladies chroniques des voies respiratoires et chez les nevropathes ; 3° On devra éviter son introduction dans les veines ; 4° L'injection de cocaïne doit toujours être faite sur un sujet *couché*, sauf à le relever ensuite, s'il s'agit d'une opération sur la tête ou dans la bouche ; 5° La cocaïne devra être d'une pureté absolue, certains alcoloïdes auxquels elle peut être mélangée étant d'une nature particulièrement toxique ; 6° L'introduction de la cocaïne devra être *fractionnée* de manière qu'une injection partielle faible sera suivie d'une suspension de quelques minutes pendant lesquelles on observera s'il se produit des effets toxiques. Cette première injection servira d'*épreuve* ; 7° Ainsi employée d'une façon graduée et méthodique, la cocaïne présente sur le chloroforme l'éther, etc., de grands avantages, et la durée de l'effet anesthésique est toujours suffisante pour permettre presque toutes les opérations de la chirurgie ordinaire.

M. C. Paul. — Je ferai remarquer que M. Magitot a oublié d'aborder un côté de la question, je veux dire l'administration de la cocaïne à l'intérieur. On peut donner le remède à dose très élevée par la voie stomacale, sans danger pour le malade. On peut aller jusqu'à 30 centigrammes de cocaïne en vingt-quatre heures.

M. Magitot répond qu'il n'avait pas à s'occuper de ce côté de la question. Il n'avait à traiter que de l'emploi de la cocaïne en injections intra-dermiques.

M. Laborde confirme ce que dit M. C. Paul. La cocaïne administrée à l'intérieur produit une analgésie remarquable de l'estomac. Mais il ne faut pas cependant pousser trop loin les doses. Il cite un cas où un malade ayant pris 50 centigrammes de cocaïne en 24 heures, eut des accidents.

Traitement de la phtisie par l'air chaud. — M. C. Paul lit un rapport sur un travail de M. le Dr Magnan sur ce sujet. Il ne partage pas les opinions de M. Magnan. Les malades, en effet, se trouvent mal des inhalations d'air chaud et sec.

M. Dufour (de Bordeaux) lit une note sur l'influence des nœuds du cordon sur la circulation fœtale.

L'Académie renvoie à une séance ultérieure la discussion sur la dépopulation de la France.

Elections. — Sont nommés membres correspondants nationaux MM. les Drs Fabre (d'Angers), par 42 voix sur 63 votants, et Duché (d'Ouanne) après deux tours de scrutin par 36 voix sur 57 votants. M. Spillmann (de Nancy) obtient 11 voix.

F. R.

Digitized by Google

BULLETIN DE LA SEMAINE

En reproduisant sous cette rubrique, des extraits de la presse médicale, le **Journal des Praticiens** *a pour but de renseigner impartialement ses lecteurs. Il réserve donc formellement la liberté de ses appréciations et l'indépendance de sa critique.* N. de la R.

L'enseignement municipal de l'anatomie pathologique et de la clinique. — On lit dans le *Progrès médical* du 9 mai courant, au-dessus de la signature de notre estimé confrère et ami, M. Bourneville :

La Société médicale des hôpitaux avait émis le vœu qu'il soit nommé un chef de laboratoire dans les hôpitaux, chargé de pratiquer les autopsies. Ces chefs de laboratoires seront naturellement amenés à enseigner, non seulement la technique des autopsies, mais encore l'anatomie pathologique. Tout le monde étant d'accord sur cette réforme et sur l'organisation dans chaque hôpital de *laboratoires communs*, qui supprimeraient, au grand bénéfice de l'hygiène, les laboratoires disséminés dans les différentes parties des établissements hospitaliers, souvent contigus aux salles de malades, il ne reste plus au Conseil municipal qu'à fournir à l'Administration de l'Assistance publique les moyens de passer, dès cette année, à l'exécution, sinon pour tous les hôpitaux, au moins pour quelques-uns.

Le moment nous paraît aussi être venu pour le Conseil municipal d'encourager efficacement les médecins, les chirurgiens et les accoucheurs qui font des cours dans les hôpitaux. Nous ne croyons pas qu'il y ait lieu pour lui de faire un choix, mais bien de les encourager tous. Pour atteindre ce but, le moyen est tout indiqué, ainsi que nous l'avons déjà dit : il suffit de voter un crédit qui viendrait s'ajouter à la modeste indemnité que reçoivent les médecins, en l'établissant, par exemple, quant à présent, au prorata du nombre des leçons qu'ils feraient. C'est là, d'ailleurs, un point qui ne peut être tranché que lorsque l'expérience aura prononcé.

INFORMATIONS

PARIS

Société française d'hygiène. — *Prix de l'année* 1891. — La Société, qui avait mis au concours la question : « Des soins à donner, avant l'arrivée du médecin, aux personnes victimes d'accidents sur les voies publiques ou dans les travaux industriels », a décerné les récompenses suivantes :

Médailles de vermeil. — M. le docteur A. Plicque, ancien interne des hôpitaux ; M. Henri-C. Boudaille, externe des hôpitaux.

Médailles d'argent. — M. le docteur A. Courtade, ancien interne des hôpitaux de Paris, et M. A. Quinard, pharmacien de 1re classe.

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Marco Venanti (de Florence), Séjournet (de Revin), lauréat de la Faculté de médecine; O. Sainiu (de Paris); M. H.-B. Larenaudie (de Tulle), élève en pharmacie, et M. le docteur Luigi Gasparini (de Gannaziga).

Association des Médecins de la Seine. — L'Association des Médecins de la Seine, fondée en 1833, en faveur des membres malheureux de la profession médicale, a tenu, le dimanche 19 avril 1891, sa 58e Assemblée générale, sous la présidence de M. Brouardel

Le secrétaire général, M. Barth, a donné lecture du compte rendu du dernier exercice. Les recettes de l'année ont atteint le chiffre de 95,851 francs, dont 17,732 fournis par les cotisations, 44,485 par les dons et legs, et le reste par le revenu des fonds placés.

Nouveaux legs annoncés : Mme Hédouin, 40,000 francs; Mme Ve Huguier, 5,000 francs; M. Lucien Boyer, 1,000 francs.

Avec ces ressources, l'Association a secouru 4 sociétaires, 54 veuves ou familles de sociétaires, enfin 28 autres personnes appartenant au corps médical de Paris ou du département. De plus, trois pensions viagères de 1,200 francs chacune ont été allouées à des sociétaires âgés et infirmes. Le total des secours distribués s'est élevé à 43,800 fr. Une somme de 49,166 fr. a été versée au fonds de réserve.

A la fin de la séance ont été réélus : président, M. Brouardel ; vice-présidents, MM. Blanche et Guyon.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE. — **Société allemande de dermatologie.** — Congrès de 1891. — Ce Congrès aura lieu à Leipzig du 17 au 19 septembre 1891.

Exposition d'hygiène militaire. — Cette exposition, qui a pour objet non seulement l'hygiène militaire, mais encore l'alimentation du soldat, s'ouvrirait, à Leipzig, en 1892, sous le patronage de la reine de Saxe.

AUTRICHE. — **Le régime des examens à la Faculté de Buda-Pesth.** — Ces examens, désormais au nombre de cinq, seront les suivants :

1er examen : Epreuves orales de chimie et de physique (2e et 3e semestre).

2e examen : Epreuves orales et pratiques d'anatomie et de physiologie (4e ou 6e semestre).

3e examen : Epreuves orales et pratiques de pathologie générale, d'anatomie pathologique et de pharmacologie (6e ou 7e semestre).

4e examen : Epreuves cliniques de médecine, chirurgie, obstétrique, ophtalmologie et médecine opératoire au terme de la scolarité.

5e examen : Epreuves orales de médecine, chirurgie, médecine légale, hygiène pratique médicale.

ITALIE. — **Exposition d'hygiène rurale.** — Cette exposition aura pour objet à la fois l'hygiène rurale et les engins sanitaires. Elle sera organisée, le 15 août prochain, à Sienne, à l'occasion de la 14e session du Congrès de l'Association médicale italienne.

NOUVELLES MILITAIRES

FRANCE

Les infirmiers-chefs des colonies. — Par décret du 4 mai 1891, les marques distinctives de grade des infirmiers-chefs des colonies sont, outre celles fixées par l'article 25 du décret du 14 février 1889 :

Sur l'épaule de la vareuse, une patte en torsade d'argent pour les infirmiers-chefs de 1re classe, et en soie bleue et argent pour ceux de 2e classe. Cet insigne est retenu à ses deux extrémités par deux boutons d'uniforme petit modèle.

Nominations dans le corps de santé de la marine (Activité). — *Au grade de médecin de 2e classe* : M. Irman, médecin auxiliaire.

(Réserve). *Au grade de médecin de 1re classe* : M. Ganthon, ancien médecin de 2e classe.

Nomination dans le corps de santé militaire (Armée territoriale). — *Au grade de médecin aide-major de 2e classe* : M. le Dr Becharergue-Lagreze.

Digitized by Google

VARIÉTÉS

Les alcaloïdes de l'hellébore blanc. — Marsch, Drogendorff, Simon, Wright, Luff et autres avaient isolé la jervine, la rubijervine, la veratralbine et la pseudo-jervine. Il paraît que ces substances ne sont pas les seules que l'hellébore contient. M. Salzberger a pu, en traitant trois cents kilogrammes de rhizome de cette plante, isoler la protoveratrine et la protoveratridine, deux corps extrêmement toxiques et réellement différents, par leurs réactions, de la jervine et de la rubijervine. On le voit, à défaut de vertus médicinales bien nettement déterminées, l'hellébore blanc ne manque point de principes fort actifs et très toxiques.

Le musc et ses organismes infectieux. — On a signalé des œdèmes malins à la suite d'injections hypodermiques de teinture de musc. A quelle cause attribuer ces injections? A un bacille, sans doute, pense M. Van Cott. Dans ce but, il cultive des infusoires obtenues soit avec la poche du rat musqué, soit avec le musc des officines. Les premières contiennent les bacilles dont l'inoculation produit l'œdème malin; dans ce cas, des fragments de peau accompagnaient la poche de musc. Par contre, dans l'infusion du musc des officines, ces organismes faisaient défaut. M. Cott a donc vengé ce dernier des accusations téméraires que l'on portait contre lui!

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs Cazin (de Berck-sur-Mer) et Bories (de Nanterre).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Mage-Robson. — Traitement des abcès tuberculeux consécutifs aux arthropathies, par l'évacuation et les injections d'éther iodoformé (*Brit. Med. Journal*, 25 avril 1891).

Magnai. — Nouveau procédé de traitement radical de la hernie inguinale (*La Riforma Medica*, 22 avril 1891).

Ransom. — Extraction d'un fragment de verre ayant séjourné vingt-et-un mois dans le larynx (*The N.-Y. Med. Record*, 25 avril 1891).

Whitchead (W.). — Cent cas d'incision de la langue (*The Brit. Med. Journal*, 2 mai 1891, p. 961).

Willy Meyer. — Note sur les effets des couleurs d'aniline dans le traitement des tumeurs malignes inopérables (*The N.-Y. Med. Record*, 25 avril 1891).

Wilson (H.). — Traitement des abcès mastoïdiens (*Edimb. Med. Journal*, mai 1891).

CLINIQUE MÉDICALE

Barbeir. — De la transmission de la diphtérie aviaire à l'homme (*Annales de la Société Médico-Chirurgicale de Liège*, avril 1891).

Baumel. — La grippe chez l'enfant (*Gaz. Hebd. des Sciences Méd. de Montpellier*, 2 mai 1891).

Grasset. — Quelques cas d'hystérie mâle et de neurasthénie (*Montpellier Méd.*, 1 mai 1891).

Olivier. — Adénopathie sus-claviculaire dans le cancer de l'estomac (*Normandie Médicale*, 1 mai 1891).

Peyrissac. — Electrolyse de la cloison nasale (*Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, 1 mai 1891).

Plucker. — Note sur un cas de molluscum fibreux généralisé (*Annales de la Société Médico-Chirurgicale de Liège*, avril 1891).

Prudden (M.). — Etudes sur l'étiologie de la diphtérie (*The N.-Y. Med. Record.*, 18 avril 1891).

THÉRAPEUTIQUE

Aude. — Etude sur la pharmacologie et l'emploi thérapeutique de l'arsenic (*The N.-Y. Med. Journal*, 4 avril 1891, p. 390).

Birdoall (W.-R.) — Expériences thérapeutiques avec le protoxyde d'azote (*N.-Y. Med. Journal*, 7 mars 1891).

Blake White. — De la valeur des injections sous-cutanées d'or et de manganèse dans le traitement de la tuberculose (*The N.-York Med. Record*, 21 mars 1891, p. 338).

Burney Yeo. — Traitement de la fièvre typhoïde (*The Lancet*, 11 avril 1891).

Burney Yeo. — Sur le traitement antiseptique de la fièvre typhoïde (*The Lancet*, 18 avril 1891).

Burrall. — Du nitrite d'amyle dans l'empoisonnement chloroformique (*The Med. Record*, 4 avril 1891, p. 399).

Coldwell. — De l'action de l'huile sur l'organisme (*The Therap. Gaz.*, 16 mars 1891, p. 159).

Carralero. — La cocaïne dans les affections de l'oreille moyenne (*La Andalucia Medica*, 30 mars 1891).

Charterio. — Recherches expérimentales sur l'action physiologique de l'acide para-crésotique (*The Brit. Med. Journal*, 28 mars 1891).

Gleitzmann. — Essais de l'acide trichloroacétique dans les affections du pharynx et du nez (*The Med. Record*, 14 mars 1891).

Grandclément. — Quelques considérations sur l'anesthésie locale et générale (*Lyon Méd.*, 22 mars 1891).

Hjelmann. — De l'influence de l'âge, du sexe et de la médication sur la durée du traitement de la syphilis (*Finska Lokares, Handlingar*, mars 1891, p. 193).

Leczinsky (W.) — De l'emploi de l'atropine dans le traitement des spasmes musculaires (*The N.-York Med. Journal*, 14 mars 1891)

Luzatti (V.) — Le traitement de la fièvre typhoïde à la Clinique médicale de Pise (*Revista gen. italiana di clinica med.*, 15 mars 1891).

Reichert. — Des modifications de la température chez les animaux curarisés (*The Therap. Gaz.*, 16 mars 1891, p. 151).

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET OBSTÉTRICALE

Berry Hart. — Des déplacements du placenta dans la grossesse intra-utérine (*Edim. Méd. Journal*, avril 1891, p. 922).

Chambard Henon. — Note sur l'emploi de la noix de kola dans un accouchement (*Lyon Méd.*, 16 mars 1891).

Cleaves (M.-A.) — Hémorragie vésicale dans la grossesse (*The Med. Record*, 14 mars 1891).

Guibert (H.) — Des hémorragies de l'ovaire (*Gaz. des Sciences méd. de Montpellier*, 21 mars 1891.

Laugermeersch. — Métro-péritonite puerpérale, laparotomie (*Annales de la Société de médecine d'Anvers*, février 1891, p. 25).

Perrou. — Cas d'éclampsie très grave, sans albuminurie (*Lyon Méd.*, 16 mars 1891).

Wild. — De l'angiome utérin (*The Med. Chronicle*, avril 1891, n° 7).

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

PARIS. — IMP. CHARL... SCHLAEBER, 57, RUE SAINT-HONORÉ

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE N° 21 20 MAI 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, BÉCLÈRE, BROCQ, DEMELIN, DU CASTEL, GINGEOT, Charles MAURIAC, PICQUÉ, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE

De deux cas de purpura

Par le Dr DESCROIZILLES
Médecin de l'hôpital des Enfants (1)

Une fille de quatorze ans, Berthe S..., se présentait, le 3 février 1891, à la consultation de l'hôpital, pour demander conseil au sujet d'une éruption, dont elle se disait atteinte depuis quelques jours. Cette éruption siégeait à peu près exclusivement sur les jambes. Sa coloration me parut caractéristique et me permit d'affirmer immédiatement qu'il s'agissait d'un exanthème purpurique. On me signalait aussi un peu de fatigue, de malaise et d'anorexie; je pensai donc qu'un séjour à l'hôpital serait utile, et je décidai la jeune malade à s'y faire admettre. Elle fut placée au n° 36 de la salle Dechaumont.

La malade, pâle et lymphatique, mais bien constituée et grande pour son âge, avait eu la coqueluche à trois ans, la rougeole un an plus tard, puis s'était toujours bien portée. En apprentissage chez un giletier, elle travaillait tantôt assise, tantôt debout, ne se plaignait pas d'avoir à supporter trop de fatigues, et vivait dans des conditions d'hygiène assez bonnes, sans avoir la mauvaise habitude de se servir de chaufferette. Réglée d'une façon normale depuis plusieurs mois déjà, elle avait vu son flux menstruel survenir dans le milieu de janvier, durer, comme d'habitude, quatre ou cinq jours, puis cesser. Ce fut alors qu'apparut, sans qu'on pût invoquer l'influence d'aucune cause accidentelle, la poussée éruptive qui se développa simultanément en avant des deux tibias, vers le 25, et sembla d'abord grandir de jour en jour en intensité plus qu'en étendue. Précédée de quelques souffrances au voisinage des genoux, et d'une sensation vague de courbature, qui persista après son apparition, elle ne tarda pas à s'accompagner d'inappétence et de picotements aux extrémités inférieures. Cependant le travail ne fut pas interrompu avant l'admission à l'hôpital, et l'enfant n'y fut conduite que pour savoir si elle devait suivre un traitement quelconque et sans qu'on eût l'intention de lui faire cesser sa besogne journalière.

Le 4 février, l'efflorescence que nous avions aperçue la veille présentait toujours son caractère significatif. Elle consistait en une réunion de petites taches, arrondies pour la plupart, extrêmement nombreuses, presque toutes isolées les unes des autres et, sur quelques points seulement, formant de petits groupes. De teinte analogue à celle de l'eau rougie ou d'un sang très clair, elles ne dépassaient pas le niveau des surfaces environnantes. La pression les faisait disparaître, mais elles se reproduisaient dès que l'application du doigt cessait. L'éruption purpurique, plus confluente en avant qu'en arrière, ne dépassait pas le genou et devenait très peu marquée au voisinage de l'articulation fémoro-tibiale, mais elle s'étendait, des deux côtés, sur la totalité de la face dorsale du pied. On ne voyait aucune tache d'apparence vineuse ni sur les cuisses, ni sur le tronc, ni sur les membres supérieurs. L'urine n'était pas albumineuse. On ne constatait aucun gonflement articulaire, et cependant la malade continuait à ressentir quelques douleurs à la hauteur des jointures tibio-tarsiennes et des genoux. Elle nous raconta qu'elle n'avait pas eu de saignement de nez, et nous affirma qu'aucun membre de sa famille n'était sujet aux hémorragies ou n'avait eu d'affection cutanée semblable à la sienne. Je cherchai en vain des bruits stéthoscopiques soit à la région précordiale, soit au niveau des vaisseaux du cou.

Du 4 au 6 février, l'éruption resta stationnaire et s'accompagna d'un mouvement fébrile; toutefois le thermomètre ne dépassa pas 38 degrés. L'appétit était alors très médiocre et la langue saburrale. Le 7, les taches pâlissaient et le thermomètre ne s'élevait plus au-dessus de 37 degrés ou de 37°2. La jeune fille, qui ne sortait pas de son lit, ne se plaignait plus d'aucune souffrance dans les jointures ou dans la continuité des membres. Le 10 février, les macules avaient pour la plupart disparu; la coloration de celles qu'on distinguait encore devenait bleuâtre ou jaunâtre. Un peu de prurit existait alors à la hauteur du tiers supérieur des jambes, et l'on voyait, sur cette région, quelques papules de prurigo excoriées à leur sommet.

Le 11, nous constations une seconde poussée éruptive; tandis que les taches vineuses prenaient de nouveau une teinte d'un rouge foncé, en avant de la partie inférieure des tibias et à la face dorsale des pieds, tandis que celles qui s'étaient déjà à peu près effacées redevenaient toutes très apparentes, une nouvelle poussée de même nature se développait sur les deux avant-bras, au voisinage du coude, en arrière et en dehors plus qu'en avant et en dedans. L'exanthème, très symétriquement réparti à gauche et à droite, ne formait aucune saillie et ne coincidait avec aucune turgescence, diffuse ou circonscrite, des couches sous-cutanées. La malade ne souffrait pas, n'éprouvait ni chatouillement ni cuisson, et la température ne montait pas au-dessus de 37 degrés. Cette recrudescence persista, sans modifica-

(1) *Société médico-pratique* (13 avril 1891).

Digitized by Google

tion, pendant trois jours, puis elle diminua, et, le 18 février, elle était terminée.

Les règles firent leur apparition le 19, et, le 20, nous nous trouvions en présence d'une troisième apparition des phénomènes éruptifs précédemment observés. Cette fois cependant les macules, qui recouvrirent de nouveau les extrêmités inferieures, restèrent pâles et peu confluentes; au contraire, aux membres supérieurs elles se montrèrent en grand nombre et envahirent la presque totalité de l'avant-bras, ainsi que le dos de la main et la moitié inférieure du bras. On vit quelques taches se former sur la face, mais il n'y en eut aucune ni sur le cou ou le thorax, ni sur l'abdomen ou le haut des cuisses. Avec cette troisième poussée de purpura, on n'eut à noter aucune élévation de thermomètre, aucun malaise, ni aucune douleur locale et nulle cause déterminante ne peut expliquer l'éruption, car la jeune fille, depuis son entrée à l'hôpital, gardait le lit en permanence, sans prendre d'autre médicament que huit ou dix gouttes de perchlorure de fer par jour. Trois semaines après son admission, son état général était exactement le même que pendant les premiers jours de sa maladie; elle n'avait ni maigri ni pali, elle ne signalait ni mal de tête, ni palpitations ou insomnies. Elle manquait d'appétit, sans se plaindre de nausées ou de constipation. L'examen de l'urine, renouvelé à diverses reprises, donna constamment des résultats négatifs.

Pendant le mois de mars, nous avons encore assisté à deux recrudescences: l'une assez forte, le 11, et l'autre très légère, douze jours plus tard. L'exanthème s'est toujours manifesté sur les mêmes régions, en respectant la racine des membres, le tronc et le cou, et sans s'accompagner de troubles généraux plus marqués qu'au moment des premières manifestations purpuriques. La malade n'a quitté l'attitude horizontale que dans les deux ou trois derniers jours du mois, et j'ai substitué au perchlorure de fer, comme moyen de traitement, la poudre de Dower à la dose de vingt centigrammes par vingt-quatre heures. Enfin, pendant la première semaine d'avril, la situation devenait très satisfaisante; la jeune fille se levait tous les jours et la marche ne la fatiguait pas. Aussi l'avons-nous autorisée à quitter l'hôpital le 5 et à reprendre son métier, en l'engageant à ménager beaucoup ses forces pendant quinze ou vingt jours.

Une autre petite fille, âgée de 11 ans, Marthe R... entrait le 11 mars 1891, au n° 31 de la salle Dechaumont. Comme dans le cas précédent, il s'agissait d'une enfant bien constituée, qui avait passé par une fièvre typhoïde à l'âge de 5 ans, par une rougeole à l'âge de 6 ans, puis par une bronchite tenace un an plus tard. Blonde de cheveux, de coloration pâle comme les sujets chloro-anémiques, elle s'était beaucoup fatiguée le 6 mars, en changeant de logis pour rentrer à Paris, après avoir habité à Fontenay-sous-Bois, pendant plusieurs années. Le 8 mars, on s'était aperçu qu'une éruption de teinte vineuse se développait sur une partie de son corps, sans qu'aucun membre de sa famille eût jamais présenté rien de semblable. Cette éruption, provoquée peut-être par les fatigues du déménagement, n'était autre chose qu'une poussée de purpura.

Le 12 mars, en effet, j'apercevais sur les jambes, les pieds, les avant-bras et les mains, des taches couleur lie de vin, circulaires ou ovalaires, dont les plus grandes ne dépassaient pas le diamètre d'une lentille. Ces taches se terminaient par des limites nettement tranchées, sans aucune aréole turgescente autour d'elles. Elles se détachaient donc très distinctement des parties voisines, qui conservaient intégralement leur couleur et leur consistance normales. Elles étaient plus rapprochées les unes des autres, et en même temps plus pâles sur les jambes que sur les autres régions. Sur différents points des membres inférieurs, et en particulier au devant de la rotule droite, on voyait quelques ecchymoses brunâtres ou d'un jaune foncé, de quinze à vingt-cinq millimètres de diamètre, et à contours moins nets que les macules dont il vient d'être question; elles ne se rattachaient, au dire de la malade, à aucun traumatisme. A la face interne de la cuisse gauche, à dix ou douze centimètres au-dessous du pli de l'aine, nous découvrîmes en outre une plaie arrondie, un peu moins grande qu'une pièce de cinquante centimes et qui semblait occuper l'emplacement d'une pustule ou d'une bulle que des attouchements auraient excoriée. Aucun exanthème ne se montrait sur le tronc, le cou ou la face; mais, à l'œil droit, une petite tache ecchymotique, que la paupière inférieure cachait en partie, s'était formée sous la conjonctive, en dehors de la cornée. Enfin, l'état du sphincter labial attira particulièrement notre attention; les deux lèvres, fortement tuméfiées, étaient recouvertes, à peu près en totalité, par du sang concrété. En détachant les caillots, on provoquait une hémorragie assez abondante et l'on constatait de plus que la muqueuse, qui recouvrait la face postérieure de l'orifice buccal, présentait de nombreuses pertes de substance, pour la plupart superficielles. Des érosions de même nature existaient sur les gencives, surtout au niveau du maxillaire inférieur. La langue, de coloration sombre, était recouverte, comme les lèvres, en partie par des coagulations sanguines. Cependant, on ne voyait à sa surface aucune tache hémorragique, tandis que, sur la voûte palatine, ainsi que sur quelques points de la face interne des joues, on distinguait aisément une efflorescence purpurique bien accentuée et deux ou trois ecchymoses de dimensions un peu plus grandes que le piqueté environnant.

Les troubles généraux étaient fort restreints; cependant, la température s'élevait à 38°4, le pouls à 95, mais il n'y avait pas d'épistaxis ni d'hémoptysies, pas d'hématémèse ni de selles sanguinolentes. L'urine ne renfermait ni sang, ni albumine, ni sucre. On ne constatait aucun état typhique, aucun bruit morbide du côté du cœur ou du côté des poumons; la malade ne se plaignait que d'inappétence et de courbature très modérée, elle souffrait principalement des gencives et des lèvres, et ses maxillaires étaient à peu près complètement immobilisés.

La situation s'améliora rapidement; dans l'après-midi du 12 mars, et vingt-quatre heures plus tard, le thermomètre monta jusqu'à 39°; mais, les jours suivants, il ne dépassa pas 38°4, et, à partir du 18, il oscilla

Digitized by Google

constamment entre 37° et 37°4, pour ne plus s'élever au-dessus de 37° à dater du 24. Sous l'influence de lotions faites avec une solution très peu concentrée de perchlorure de fer, la tuméfaction des gencives diminua rapidement ; les hémorragies buccales, après s'être reproduites plusieurs fois, avec peu d'intensité, cessèrent d'une façon définitive dès le 14 mars. Les coagulations sanguines qui recouvraient les lèvres disparurent également à cette date ; il en fut de même des érosions, ainsi que de l'éruption qui occupait primitivement la voûte palatine et les joues. D'autre part, la petite plaie qui siégeait à la cuisse gauche se cicatrisait en moins d'une semaine. Partout les taches purpuriques s'effaçaient avec la même promptitude. Le 18 mars, on ne voyait plus, sur presque toutes les portions de la peau envahies, que des marbrures violacées ; deux ou trois jours plus tard, ces marbrures n'existaient plus. Le 22, on ne notait plus qu'une grande pâleur et de la faiblesse, avec un bruit de souffle cervical assez fort, du côté gauche surtout, mais l'appétit renaissait et la mastication s'opérait sans difficulté. A la fin de mars, la décoloration des téguments commençait à n'être plus aussi grande, les joues devenaient rosées, l'état des forces semblait satisfaisant. La jeune malade essayait de se lever dans les premiers jours d'avril, et, ces essais n'ayant abouti à aucun résultat fâcheux, nous l'avons envoyée, le 6 de ce mois, en convalescence à l'asile d'Epinay.

La thérapeutique instituée a été très simple : avec les lotions astringentes dans la bouche, dont j'ai déjà parlé, nous avons administré l'ergotine à l'intérieur, à la dose de 10 centigrammes par jour ; plus tard, nous avons remplacé ce médicament par du fer et du quinquina. La plaie de la cuisse, qui donnait lieu, tout d'abord, à une hémorragie assez sérieuse, s'est cicatrisée en quatre ou cinq jours, grâce à un pansement boriqué. Nous avons prescrit le repos absolu pendant trois semaines et un régime alimentaire reconstituant dès que l'état de la bouche a permis de le faire. Il n'y avait pas à songer à d'autres prescriptions, en face d'un état pathologique à physionomie aussi peu menaçante.

Les deux observations dont je viens de donner la relation sommaire, d'après des notes que je dois à l'obligeance de mon interne, M. Du Pasquier, sont remarquables par la netteté de leur symptomatologie. Dans l'une, comme dans l'autre, il ne pouvait y avoir aucune incertitude relativement au diagnostic ; il s'agissait d'un processus hémorragique, de nature purpurique, et qui n'avait certainement pas pour point de départ un traumatisme ou des morsures d'insectes, car aucune auréole rosée n'entourait la partie centrale des macules ; le mouvement fébrile, constaté pendant les premiers jours, restait trop anodin pour qu'on pût songer à une affection pyrétique. Dans le premier cas, les extravasations sanguines n'existaient qu'à la peau ; nous avions sous les yeux un purpura simplex. Dans le second, l'éruption coïncidait non seulement avec de larges ecchymoses, mais avec des flux sanguins provenant à la fois de la muqueuse buccale et d'une petite plaie qui siégeait à la cuisse. Il était donc question d'un purpura hemorrhagica ; tout paraissait indiquer qu'il serait beaucoup plus sérieux et plus tenace que l'autre ; nous devions même, relativement à la durée et à la bénignité probables de la maladie, rester d'autant plus réservés que nous rencontrions dans la cavité buccale, des lésions étendues et assez complexes, qui étaient comme une expression très atténuée de ce qui caractérise le scorbut. Ce fut pourtant le contraire qui se réalisa ; la seconde de nos malades guérit très vite et n'eut qu'une seule poussée exanthématique, tandis que, chez la première, qui ne présenta qu'un purpura simple, nous vîmes les manifestations purpuriques se reprodnire cinq fois de suite. J'ai observé déjà cette ténacité et cette tendance aux recrudescences multiples chez plusieurs enfants de dix à quinze ans affectés de purpura simples ; je n'ai jamais fait la même remarque chez les jeunes sujets atteints de cette forme de l'affection, à laquelle on réserve le nom de maladie de Werlhof ou de péliose rhumatismale. La comparaison de ces deux formes, dont le hasard m'a permis d'étudier simultanément deux exemples bien signicatifs, serait intéressante, mais il est hors de propos de développer ici ce parallèle. Je me contenterai de rappeler, à titre de réflexions complémentaires, que, chez nos deux jeunes filles, les antécédents de famille ont totalement fait défaut, contrairement à la règle, et que, chez toutes deux, le traitement a été fort peu compliqué. L'immobilité et l'attitude horizontale ont été à peu près nos seuls moyens d'action.

Le purpura est fréquent dans l'enfance ; au moins ma pratique individuelle m'autorise-t-elle à émettre cette assertion. L'issue en est habituellement heureuse, qu'il soit question de la forme simple ou de la forme hémorragique ; mais les symptômes éruptifs peuvent se perpétuer pendant bien des semaines, même quand ils sont très légers. Sur ce point, le médecin ne doit jamais promettre que les troubles morbides dureront peu, et il faut qu'en toute circonstance, il prescrive le repos absolu pendant un temps indéterminé et qu'il s'attende à rencontrer, sur ce chapitre, une résistance acharnée dans bien des familles. Il tiendra compte aussi des exemples de purpura grave, parfois même mortel à courte échéance, cités, en France ou à l'étranger, par Guelliot, Hervé (du Mans), Rinonapoli, Senator, Henoch, Michaelis, Baginski. Ces cas, heureusement très rares, sont presque tous relatifs à des nouveau-nés ou à de très jeunes sujets ; ils ont les allures des états pathologiques infectieux. Mais tout clinicien prudent tiendra compte de ces exceptions, car, s'il les grave dans sa mémoire, il se gardera bien de croire à la bénignité constante et absolue du purpura infantile.

REVUE DE MÉDECINE

I. *Névrites périphériques chez les cancéreux.* — II. *Le cancer primitif du médiastin antérieur.* — III. *Le souffle splénique.*

I. Névrites périphériques chez les cancéreux. — Si les névrites périphériques qui surviennent au cours de l'alcoolisme, du tabes dorsal, etc., ont été l'objet de travaux nombreux, il n'en est pas de même de celles

Digitized by Google

qui se montrent dans les affections cancéreuses. Du reste, elles ne sont connues que depuis fort peu de temps. Signalées pour la première fois, mais très incomplètement, en 1887, par Oppenheim et Siémerling, elles furent mentionnées à nouveau en 1889 par M. Klippel, qui les mit sous la dépendance non du cancer lui-même, mais des œdèmes et des thromboses concomitants.

Tout récemment, enfin (*Revue de médecine*, *oct.* 1890), M. Auché (de Bordeaux) leur a consacré une étude substantielle.

Sur les dix cas de cancer qu'il rapporte, cet auteur a constaté neuf fois de la façon la plus nette l'existence de névrites : ce qui veut dire qu'elles sont à peu près constantes. On les rencontre aussi bien dans les néoplasies gastriques que dans l'épithéliome utérin ; le siège du mal est donc indifférent.

Les gros troncs nerveux, sciatique, médian, cubital, sont toujours épargnés ; seules, les ramifications terminales, telles que les nerfs plantaires, les collatéraux des orteils et des doigts, sont atteintes. Ces faits suffisent à démontrer l'origine périphérique des lésions. Quant aux altérations qui les caractérisent, ce sont celles de toutes les névrites parenchymateuses : aspect échancré des gaines, segmentation de la myéline, interruption des cylindres-axes, etc.

Donnent-elles lieu pendant la vie à quelques manifestations cliniques ? Oui, si l'on a soin de les rechercher et de diriger l'interrogatoire dans ce sens ; car le malade, absorbé par les souffrances que lui occasionne la maladie primitive, attire bien rarement l'attention sur les sensations anormales qu'il peut éprouver en d'autres régions. On a relevé, dans une observation, des douleurs très vives au niveau du cou-de-pied, avec l'impression d'un corps très froid promené sur les téguments voisins. Le plus souvent, ce sont des douleurs constrictives au niveau des articulations, des picotements et des fourmillements au niveau des extrémités, avec un peu d'hyperesthésie en ces endroits, qui traduisent l'état morbide des rameaux nerveux. Du reste, de ce qu'on ne relèverait aucun signe qui puisse se rattacher à ces lésions, il ne faudrait pas conclure à leur non existence ; car les névrites latentes ne sont pas rares.

Reste à étudier le mécanisme de leur production : il a été dit tout à l'heure, que M. Klippel les attribuait non au cancer lui-même, mais aux œdèmes cachectiques qu'il engendre souvent. Or, cette interprétation tombe devant ce fait que, dans les cas observés par M. Auché, ou bien il n'y avait pas trace d'hydropisie, ou bien les altérations nerveuses se trouvaient en dehors de la zône œdématiée.

C'est donc bien au cancer lui-même qu'elles doivent être rattachées. Mais par quel mode d'action celui-ci arrive-t-il à les produire ? Faut-il les rapporter à une compression directe exercée par la tumeur sur les troncs nerveux du voisinage ? La chose n'est pas impossible dans certains cas ; mais cette interprétation est bien insuffisante pour justifier la multiplicité et la diversité de siège des lésions. Faut-il admettre au contraire une compression à distance due soit à des noyaux développés secondairement, soit à des ganglions infiltrés et hypertrophiés ? M. Auché n'a jamais rencontré de faits de ce genre et cette hypothèse ne saurait être invoquée. S'agit-il enfin d'éléments carcinomateux qui, s'engageant dans les gaines nerveuses, ainsi que les travaux de Colonnati tendraient à le démontrer, se disséminoraient dans tous les sens, en déterminant des troubles de compression et consécutivement des lésions des fibres nerveuses ? Il suffit de songer combien sont rares les tumeurs secondaires développées par cette voie, pour comprendre le peu de créance que mérite cette manière de voir.

La théorie de la compression, sous quelque forme qu'elle se produise, doit donc être abandonnée.

Il n'en est pas de même des considérations suivantes, qui paraissent, à notre avis, susceptibles de rendre compte de la genèse de ces névrites. On sait que le cancer est actuellement regardé par beaucoup d'auteurs comme une maladie infectieuse. Il pourra donc agir sur les nerfs périphériques soit par ses germes spécifiques, soit par les produits toxiques qu'ils sécrètent. Sans doute l'existence des microbes du cancer n'est pas démontrée d'une façon évidente, mais il est certain qu'à la surface de l'ulcération cancéreuse prennent naissance des ferments solubles dont la résorption entraîne des troubles graves de la nutrition. C'est sur ces données que s'est élevée la théorie chimique de la cachexie cancéreuse. Pourquoi les névrites des cancéreux ne relèveraient-elles pas de la même cause et ne rentreraient-elles pas dans la classe des névrites infectieuses? M. Auché, pourtant, repousse cette opinion, et invoque purement et simplement les adultérations humorales qui sont sous la dépendance de la cachexie. C'est tourner, selon nous, dans un cercle vicieux, et nous croyons plus conforme aux idées contemporaines, de rendre la cachexie et les névrites des cancéreux tributaires d'une seule et même cause : la résorption des poisons solubles à la surface de l'ulcération maligne.

II. **Le cancer primitif du médiastin antérieur.** — Il n'est pas très rare de rencontrer des malades atteints de tumeurs du médiastin antérieur. Peu bruyantes par elles-mêmes, ces tumeurs donnent lieu d'habitude à des phénomènes de compression, qui permettent de déceler leur existence. Le cœur et les poumons sont refoulés excentriquement ; la partie supérieure du corps est œdématiée, le visage et les mains sont cyanosés, etc. Mais il s'en faut que la symptomatologie soit toujours aussi nette : elle peut être singulièrement troublée par le développement d'une complication qui domine la scène et relègue au second plan la tumeur, invisible d'ailleurs, ainsi que ses signes habituels. Il s'agit le plus souvent d'une pleurésie qui masque le néoplasme et absorbe toute l'attention du médecin. Cette pleurésie revêt parfois des caractères spéciaux et la ponction démontre un épanchement chyliforme.

Au reste, ce n'est pas sur les manifestations cliniques de ces tumeurs qu'il est dans notre intention d'insister ici, mais plutôt sur leur nature et leur pathogénie, en prenant pour guide un mémoire récent de M. Letulle. (*Archiv. génér. de Médecine*, déc. 1890). Les nécrop-

Digitized by Google

sies prouvent que les tumeurs solides du médiastin antérieur, déduction faite des adénopathies, sont généralement primitives, et que leur siège de prédilection se trouve à la partie supérieure de la loge, dans une sorte de cavité virtuelle, située au-dessus du cœur, en avant de la trachée et des gros vaisseaux. Cette cavité est occupée dans l'enfance par le thymus, dans l'âge adulte par les débris de cet organe dont le rôle est si obscur, et l'évolution si singulière. De là à reconnaître une relation entre le développement du cancer médiastinique et la présence du thymus, il n'y avait qu'un pas. Les anciens admettaient cette relation : témoin les écrits de Tozzetti et d'Astley Cooper; les modernes eux-mêmes ne répugnent pas à l'adopter, si l'on s'en rapporte à l'opinion de Birch-Herschfeld, de Lancereaux, de Rendu, etc.; enfin M. Letulle apporte à cette idée l'appoint de huit observations.

Dans le langage clinique, le mot de cancer englobe toutes les tumeurs malignes ; l'histologie apporte plus de précision dans les déterminations structurales des néoformations, et c'est elle qui nous éclairera sur la nature des diverses tumeurs rencontrées dans le médiastin antérieur. On sait, depuis les travaux de Riegel, Pasturaud, Eger, Cornil et Ranvier, que l'hôte le plus habituel de la région qui nous occupe est le lymphadénome. On a signalé également diverses variétés de sarcôme ; enfin l'existence du carcinome et de l'épithéliome ne saurait être mise en doute.

Où ces différentes tumeurs pourraient-elles prendre naissance, sinon dans le thymus qui « pendant toute la durée de son existence, n'est guère qu'un lymphadénome physiologique et transitoire ? D'après la doctrine actuellement triomphante qui assigne à tout carcinome une origine épithéliale, quel est l'organe glandulaire capable de servir de matrice au carcinome primitif du médiastin antérieur, sinon le thymus lui-même ? Il est donc conforme à la logique et à l'observation d'attribuer à cet organe un rôle prépondérant dans la genèse des productions néoplasiques développées dans son voisinage.

Quant à la raison de cette localisation, on la déduira peut-être des considérations suivantes. Jusqu'à un âge mal déterminé, un processus d'involution désagrège progressivement cet amas de tissu lymphoïde qui représente le thymus, et fait de la région antéro-supérieure du médiastin un véritable *locus minoris resistantiæ*. Or il est une loi pathologique, qui trouve chaque jour son application et qui peut se formuler ainsi : c'est que « le cancer, manifestation d'une vie monstrueuse et désordonnée des éléments anatomiques, menace constamment, mais plus spécialement peut-être au moment de leur involution anatomo-physiologique, toutes les glandes de l'organisme. » Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que le thymus, glande transitoire, rentre dans la règle générale, au même titre que la mamelle et le testicule.

III. **Le souffle splénique.** — « L'existence d'un souffle au niveau de la rate tuméfiée, dit M. Bouchard, est ignorée de la plupart des cliniciens et des pathologistes. Il n'en est pas dit un mot dans les traités classiques de pathologie interne. » Cette assertion prouve que ce souffle n'est pas très fréquent ; mais il existe cependant et sa recherche n'est pas toujours indifférente. C'est au cours d'une hypertrophie de la rate, dépendant soit d'une maladie fébrile aiguë, telle que la fièvre intermittente, la leucémie, soit d'une affection chronique, comme la cirrhose hépatique, soit enfin d'une dégénérescence primitive de l'organe lui-même que l'on a d'habitude l'occasion de le trouver. Ses caractères, d'après M. Leudet, qui vient de lui consacrer une courte étude, sont les suivants (*Revue de médecine*, octobre 1890) : C'est un souffle doux, intermittent, synchrone à la systole cardiaque, très analogue au souffle utérin, auquel il a été maintes fois comparé.

Quant à son mode de production, il a été l'objet d'interprétations diverses. Certains auteurs (Griesinger, Winkel, Gehrardt) lui donnent une origine extra-splénique et l'attribuent à la compression des gros vaisseaux par la rate hypertrophiée. D'autres, et ce sont ceux qui paraissent devoir entraîner la conviction, pensent que ce souffle prend naissance dans la rate elle-même, qu'il est, pour mieux dire, intra-splénique ; parmi ceux-ci il convient de citer Rœser, Schutzemberger, Maissurianz et Bouchard (1). Malgré tout, l'explication pathogénique de ce bruit anormal reste obscur, et ceci n'a rien d'étonnant, si l'on songe à combien de théories variées ont donné lieu le souffle utérin et les souffles chlorotiques, qui sont bien autrement communs.

Parmi les documents publiés sur ce sujet, l'observation la plus démonstrative et la plus intéressante appartient à M. Bouchard ; elle peut se résumer ainsi : Il s'agit d'une femme de trente deux ans, alcoolique depuis seize ans, qui offrait tous les signes d'une cirrhose, avec rate très volumineuse, dure, résistante, sans inégalités ; sur toute l'étendue de ce viscère, on percevait un souffle doux, prolongé, isochrone aux battements du pouls ; vers le cœur, le souffle disparaissait ; il persistait au niveau de la rate, quand on auscultait, après avoir fait coucher la malade au bord du lit, inclinée sur le côté gauche, pour empêcher l'organe d'exercer la moindre pression sur les vaisseaux abdominaux..

De son côté, M. R. Leudet a relaté l'observation d'un homme de vingt ans, atteint d'une cirrhose atrophique, méconnue pendant la vie, mais constatée à l'autopsie, avec développement énorme de la rate. Sur toute la hauteur de ce viscère, on entendait un souffle doux, systolique, ayant les caractères précédemment indiqués.

On comprend facilement l'intérêt que peut avoir, dans certains cas, la constatation de ce souffle, pour différencier les hypertrophies spléniques des autres tumeurs abdominales.

EM. TOURNIER,
Interne en médecine des hôpitaux.

(1) BOUCHARD. Sur l'existence d'un souffle splénique, etc. (*France médic.*, n° 36, 1889). — RŒSER. *Bullet. acad. méd.*, t. XXVIII, 1862. — SCHUTZEMBERGER. (*Gaz. médic. de Strasbourg*, n° 228, 1887. — S. MAISSURIANZ. (*Petersbourg médic. Wochenschr.*, n° 52, 1888).

Digitized by Google

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

De l'abus des bromures alcalins

C'est surtout dans les névroses que l'on a prôné les bromures alcalins. Mais, à l'heure présente, les praticiens sont presque unanimes à reconnaître que la médication bromurée ne s'oppose pas au retour des convulsions, des spasmes viscéraux, des douleurs à sièges si variés que l'on rencontre chez les hystériques; qu'elle ne soulage pas ces points apophysaires, ces névralgies, ces accidents cérébro-gastriques ou cardiaques qui font le désespoir des neurasthéniques; qu'elle est, malgré quelques observations en apparence favorables, d'une absolue impuissance contre la chorée et contre les tremblements, y compris celui de Parkinson.

De temps en temps nous lisons une observation de tétanos guéri par un nouveau remède; hier c'était le tour de la paraldéhyde. Naguère on songea aux bromures, l'injection sous-cutanée de bromure de potassium ayant, paraît-il, réussi à empêcher chez les animaux la manifestation des phénomènes du strychnisme, et l'on cita deux ou trois cas de guérison de tétanos par les bromures administrés à hautes doses. Heureuses coïncidences, dirai-je? Dans trois circonstances o j'ai vu le tétanos traumatique guérir, la contracture avait par hasard respecté les muscles de la paroi pectorale; c'est dans ces cas-là, les plus rares, qui se termineraient favorablement sans l'intervention thérapeutique, que les bromures, comme le chloral, comme la paraldéhyde, feraient merveille. Chaque fois au contraire que j'ai vu la contracture tétanique affecter les muscles respirateurs, tous les agents de la matière médicale ont piteusement échoué.

Il faut réserver les bromures pour l'épilepsie, et encore est-il bon de s'entendre. C'est vrai, une bromurisation prolongée modère le plus souvent l'intensité et la fréquence des attaques d'épilepsie idiopathique qu'elle remplace par des accès incomplets ou par des vertiges; elle guérit même quelquefois cette terrible névrose; mais elle échoue fréquemment contre l'épilepsie héréditaire, contre celle qui est trop ancienne, où qui est greffée sur la débilité ou la pléthore, ou entretenue par l'onanisme ou la spermatorrhée; contre le mal comitial qui ne se révèle que par des absences, des troubles du caractère, des actes criminels ou obscènes; contre l'éclampsie des vieillards, symptomatique de lésions athéromateuses de l'encéphale; contre celle qu'engendrent les tumeurs, les abcès, les exostoses comprimant les méninges ou les centres nerveux; contre cette pseudo-épilepsie liée à des troubles gastro-intestinaux, notamment chez les enfants nerveux que la plus petite scybale fait entrer en convulsions; contre la pseudo-épilepsie pleurale; contre ces accès épileptiformes des aortiques à lésion cachée ou patente, des urémiques, des femmes grosses ou qui accouchent. Et si l'épilepsie saturnine ou mercurielle rebrousse ordinairement chemin, comme l'amaurose ou le tremblement de même cause, devant les bromures, c'est que ceux-ci forment avec les composés plombiques et mercuriques un bromure double soluble qui élimine le poison par les urines.

Voici venir le traitement d'une autre névrose — névrose de nutrition — le traitement du diabète sucré par les bromures alcalins. Pour un temps, le bromure de potassium était surtout conseillé contre le diabète dû à des secousses morales. Hâtons-nous toutefois de signaler deux contre-indications formelles à l'emploi de ce médicament, d'une part l'albuminurie qui, fréquente chez les diabétiques, les exposerait, en raison d'une incomplète élimination bromique par les urines, à des éruptions cutanées; d'autre part la faiblesse générale et la dépression nerveuse. J'ajoute qu'il faut en tous cas répudier le bromure de sodium qui, par sa saveur spéciale, aiguise davantage la soif que ses congénères.

De quel secours sont les bromures dans certaines névroses vasculaires, la maladie de Basedow, les migraines?

Ils n'ont — tel est l'avis que j'ai exprimé ailleurs — guéri la maladie de Parry-Graves que quand celle-ci avait pour substratum, larvé ou déjà étalé au grand jour, le mal comitial qui se superpose souvent, personne n'en doute, à la cachexie exophtalmique ou la précède d'un temps variable. Avant donc de recourir aux bromures, scrutons les antécédents personnels et héréditaires des basedowiens, demandons-nous si l'épilepsie ne se cache pas derrière leur syndrome; que si, au lieu de l'épilepsie, nous trouvons comme support de leur névrose l'hystérie, la neurasthénie, des psychopathies, l'arthritisme, renonçons aux bromures inutiles dans ces états morbides.

Il est une variété de migraine vulgaire, celle à accès débutant par l'injection du visage et des yeux (migraine par vaso-dilatation active ou rouge d'emblée), qui se trouve bien d'une forte dose de bromure alcalin au commencement du paroxysme; mais je lui préfère l'antipyrine, le bromhydrate de quinine, l'atropine. Je ne me refuserais pas à associer les bromures à l'aconitine dans ces migraines hybrides, décrites par moi, où pendant la première moitié de l'accès la face et les conjonctives passent par des alternatives très nettes de pâleur et d'injection.

J'ai pu, avec les bromures continués pendant longtemps, prévenir le retour des accès de migraine ophtalmique — quels que fussent les troubles vasculo-moteurs concomitants — chez des sujets épileptiques ou de souche épileptique; l'insuccès a été complet chez les hystériques où la migraine ophtalmique apparaissait en dehors des attaques convulsives ou un peu avant celles-ci.

Je ne fais allusion aux psychopathies que pour blâmer l'usage des bromures contre les dérangements des facultés intellectuelles et morales (manie, monomanie, lypémanie, démence) indépendants d'une maladie organique du cerveau ou de ses enveloppes, qui s'est accidentellement compliquée de congestion. L'excitation maniaque et délirante, les rêves pénibles, les cauchemars qui, chez les cardiaques asystoliques, devancent parfois la mort d'une quinzaine de jours, ne sont pas amendés par les bromures; et si ces agents sont quel-

Digitized by Google

quefois efficaces contre les terreurs nocturnes des enfants issus d'épileptiques, ils ne font pas grand chose contre celles des enfants d'hystériques ou d'idiots, pas plus que contre les hallucinations, les frayeurs sans motifs, les impulsions criminelles des femmes grosses.

Je me demande par quelle association d'idées on est arrivé — sans résultat notoire, il est vrai — à prescrire contre le *delirium tremens* le bromure de potassium qui est l'antagoniste du meilleur médicament de ce délire alcoolique, c'est-à-dire de la strychnine.

Ayons le courage de l'avouer : de tous les vertiges, le vertige épileptique est le seul qu'aient sérieusement amélioré les bromures, et encore l'amélioration est-elle loin d'être constante. Tous les autres vertiges résistent aux bromures qui les ont aggravés plus d'une fois, ainsi les vertiges stomacal, intestinal, utérin, cérébelleux, les vertiges hystérique, neurasthénique, hypochondriaque, les vertiges labyrinthique, visuel, laryngé, les vertiges tabagique et caféique, le vertige qui remplace la migraine, le vertige des aortiques, des artérioscléreux, des athéromateux. Le vertige pléthorique lui-même, propriété des gens qui ont, comme on dit vulgairement, le sang à la tête, ne cède pas aux bromures comme il cède aux émissions sanguines. Aussi, je ne sache pas que jamais le bromure de potassium ait empêché une hémorrhagie cérébrale de se produire à son heure. Et, quand l'hémorrhagie cérébrale est consommée, il faut être prudent dans l'emploi des bromures pour ne pas retarder le processus de l'encéphalite d'où doit naître le kyste qui isolera de la pulpe cérébrale saine le foyer hémorrhagique ; la céphalalgie intense, les douleurs irradiées aux membres, la fièvre, les vomissements deviennent une indication des bromures parce qu'ils signifient que l'encéphalite tend à dépasser la mesure nécessaire à la formation du kyste. Dans l'embolie cérébrale, les bromures seront bannis au début puisqu'ils ne pourraient qu'entraver l'établissement de la circulation collatérale, seule capable de combattre la nécrobiose ; on n'est autorisé à les formuler que si l établissement de cette circulation collatérale s'accompagne d'accidents congestifs.

Pris avant le dernier repas et au moment du coucher les bromures alcalins triomphent de l'insomnie, mais de celle-là seule qui résulte, comme chez les gens surmenés par les travaux intellectuels, par les plaisirs mondains, ou en proie à des émotions déprimantes, d'une hypérémie cérébrale active idiopathique ; ou, comme chez les paralytiques généraux, les aliénés avec lésions, les hémorrhagiques cérébraux, d'une hypérémie cérébrale active de même nature ; ou enfin d'une hypérémie cérébrale passive deutéropathique comme chez les cardiopathes asystoliques. L'insomnie mercurielle tombe aussi devant les bromures qui éliminent le poison provocateur de l'insomnie. A noter comme rebelle à l'influence hypnotique des bromures, l'insomnie des hystériques, des névropathes dyspeptiques, des vieillards, des phtisiques, des douloureux, des fiévreux, celle des intoxiqués par le tabac, le café, le thé, l'alcool, celle des convalescents, des syphilitiques, de quelques aortiques qui ont, comme les basedowiens, des battements très accusés des artères carotidiennes et temporales, celle des artérioscléreux brightiques.

Quelle est la valeur des bromures contre les névralgies viscérales ? Elle est nulle ou insignifiante contre la gastralgie, même contre celle des hystériques ; contre les coliques intestinales, malgré les éloges intéressés qu'on répand autour du bromure de calcium ; contre la dysménorrhée ; contre la névralgie du col de la vessie. En 1881, j'ai condamné énergiquement l'emploi du bromure de potassium dans les angines de poitrine organique et vaso-constrictive, ce médicament pouvant, de son propre effet, engendrer des douleurs précordiales ; je répudie de même le bromure d'ammonium considéré à tort comme artério-dépresseur. Sans action sur l'hystérie, sur la neurasthénie, sur l'irritation spinale, sur l'arthritis, les bromures ne peuvent non plus rien sur les angines de poitrine névralgiques qui en relèvent.

De toutes les céphalalgies, la seule qui retire quelque bénéfice du traitement par les bromures est celle, obtuse et continue, coïncidant avec l'injection de la face et des conjonctives, dont se plaignent les cardio-mitraux hyposystoliques. Les bromures ne préviennent pas les retours périodiques de céphalalgie gravative et lancinante avec vertiges, mouches volantes, battements temporaux que l'on note chez les aortiques ; ils ne soulagent pas celle qui précède parfois de longtemps, chez les athéromateux, l'embolie cérébrale, ni celle par angiospasme que l'on observe chez les pubères à l'époque de la croissance, ou qui, de même origine que le vertige stomacal, étreint les dyspeptiques ou les dilatés de l'estomac.

Il ne m'est pas prouvé que les bromures, à fortes doses, viennent à bout de la névralgie sciatique chronique, et, quoi qu'on ait dit, ils ne modifient pas la douleur dans le rhumatisme noueux. Les deux cliniciens qui en ont obtenu un bon résultat dans le tic douloureux de la face avaient probablement affaire à une névralgie trifaciale consulsive, manifestation précoce d'une tare épileptique familiale, comme dans ce cas publié par nous il y a plus de neuf ans, où le bromure de potassium eut vite raison de ce symptôme d'ordinaire aussi tenace que pénible.

Depuis l'introduction de la cocaïne en thérapeutique, il est moins question du bromure de potassium en applications sur les gencives des nouveau-nés en travail de dentition, sur le pharynx affecté d'herpès névralgique, sur la muqueuse laryngée ulcérée ou hypéresthésiée ou sur la muqueuse vulvaire atteinte de prurit.

En tant que médicaments des spasmes les bromures ont-ils fait fortune ? Il est acquis qu'administrés pendant une semaine environ ils ont permis, sans qu'on eût à redouter un spasme mortel, d'enlever la canule après la trachéotomie plus tôt que de coutume ; il est acquis que pris avant l'anesthésie ils empêchent les vomissements post-opératoires et qu'ils arrêtent ceux qui succèdent à la chloroformisation ; il est acquis qu'on possède en eux le meilleur moyen actuel de conjurer les vomissements des femmes grosses et de celles qui souffrent de pelvi-péritonite après l'accouchement ; il est prouvé qu'avant que la cocaïne fût connue les badigeonnages pharyngés

Digitized by Google

avec des solutions bromurées aidaient les phtisiques, les hystériques qui vomissaient, à bien supporter l'alimentation; il est prouvé enfin que les bromures rendent des services, comme stupéfiants génésiques, dans les pertes séminales avec érections (on s'est même servi des injections intra-uréthrales de solutions bromurées pour dompter les érections dans la blennorrhagie) et dans la manie érotique chez l'homme. Mais il faut rabattre des espérances qu'on avait trop hâtivement conçues de l'usage interne de ces agents dans le traitement des spasmes glottique nervosique, tabétique, laryngitique, de l'œsophagisme (on a cité une guérison et deux améliorations passagères), de la manie érotique chez la femme, de l'incontinence nocturne d'urine chez les enfants, de la contracture du sphincter anal au cas de fissure ou d'hémorrhoïdes, du vaginisme.)

Voici en deux mots ce que nous a révélé notre expérience personnelle sur les propriétés antidyspnéiques et béchiques des bromures alcalins Prescrits pendant les attaques d'asthme essentiel ou emphysémateux ils ne les abrègent pas comme les iodures, leur administration prolongée n'en prévient pas le retour. Ils ne conjurent pas ni ne préviennent pas non plus la dyspnée des premières périodes des cardiopathies artérielles, ni celle, à la fois physico-dynamique et toxique, qui accompagne les mêmes cardiopathies chez les artério-scléreux des reins. Ils ne triomphent que du pseudo-asthme précoce ou tardif des cardiopathies valvulaires et du pseudo-asthme tardif des cardiopathies artério-scléreuses ou scléro-aortiques arrivées à la période d'asystolie. Les bromures ne sont pas des béchiques à proprement parler, mais seulement des adjuvants de la médication béchique, plus particulièrement chez les enfants nerveux dans les bronchites simple ou tuberculeuse, dans la coqueluche.

Sous prétexte que le bromure de potassium ralentit le cœur on en a singulièrement abusé contre les palpitations cardiaques. Il est quelquefois utile, souvent inefficace, dans les palpitations d'origine psychique ou névrosique avec hypotension artérielle; hors de là il ne faut jamais l'employer; il ne sert à rien ou bien il est nuisible quand on l'adresse aux palpitations qui annoncent que les lésions valvulaires aortiques ou mitrales ont dépassé la période de stricte compensation, ou aux palpitations, avec ou sans hypertrophie du cœur, liées à l'exagération permanente ou intermittente de l'artériotension ou à l'artério-sclérose du cœur au début. Quant aux palpitations artérielles, elles n'ont rien à gagner au traitement par les bromures.

Lorsque, pour ne rien omettre, j'aurai dit encore que tels praticiens, ayant remarqué que le bromure de potassium dissout les fausses membranes diphtériques, l'ont employé en badigeonnages, pulvérisations et insufflations, avec un certain succès dans la diphtérie pharyngée, toujours avec insuccès, dans le croup confirmé; que d'autres s'en sont servi pour exciter et désinfecter des plaies atoniques et fétides, voire même pour arrêter les épistaxis avec sa solution froide ou chaude injectée dans les narines, j'aurai rempli la tâche que je m'étais imposée : énumérer succinctement les circonstances où les bromures alcalins sont indispensables ou utiles et plus particulièrement dénoncer l'abus qu'on en a fait ou qu'on en fait.

Dr Ch. Liégeois.
(de Bainville-aux-Saules)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

CHIRURGIE

Etiologie et traitement du tétanos, par M. Fromaget. — Ce mémoire donne un résumé complet des travaux récents sur cette maladie. Il contient, de plus, une observation originale. Au point de vue étiologique, il démontre l'action spécifique du bacille de Nicolaier, bacille d'origine tellurique, sécrétant la toxine tétanigène (*Journal de Méd. de Bordeaux*, n° 40, 3 mai 1891).

Le traitement est prophylactique, palliatif et curatif. Il consiste donc dans :

1° L'antisepsie des plaies par le sublimé, l'iodoforme, l'iodol, le nettoyage, le grattage et la cautérisation ignée;

2° La modération de l'excitation nerveuse par le chloral, les opiacés et les bromures;

3° L'élimination des ptomaïnes tétaniques par les diurétiques, les boissons abondantes, les purgatifs, les injections de pilocarpine et les bains de vapeur. S. R.

Le cancer primitif des extrémités, par M. W. Michael. — Ce mémoire est l'analyse de 249 observations : 22 personnelles et 223 dues à Wolkmann (*Beitrage zur Klin. Chir.* VII 2, 1891).

Plus fréquent chez l'homme, siégeant de préférence sur le membre inférieur, ce cancer se développerait sur des foyers inflammatoires chroniques (ulcères, cicatrices et fistules cutanées), sur des verrues et des angiomes et plus rarement sur la peau saine.

L'épithélioma se rencontre surtout après des ulcères de la jambe ou des greffes épidermiques pratiquées sur ces ulcères. Ils sont en général médiocrement graves. Il en est autrement des cancers qui se développent sur les angiomes : ils récidivent.

Les cancers pris sur la peau saine se rencontrent surtout au dos de la main.

Voici la statistique opératoire : dans une série de 123 opérations, il y a eu 81 guérisons définitives et 42 décès après récidives. L'intervention opératoire consiste le plus souvent dans l'extirpation de la tumeur, qui est d'ordinaire superficielle. Exceptionnellement, elle s'étend au-dessous de l'aponévrose et nécessite la désarticulation ou l'amputation. S. R.

OBSTÉTRIQUE

Des hémorrhagies de la grossesse et de l'avortement provoqué, par M. Græfe. — On sait que Schrœder condamne l'intervention dans ces cas, tant que l'hémorrhagie n'est pas arrêtée. Ce n'est point l'avis de l'auteur. (*Centralb. f. Cynæk.* 11 avril 1891).

L'hémorrhagie prolongée, écrit-il, produit une anémie profonde et diminue la résistance parturiente aux accidents obstétricaux. De plus, l'avortement spontané n'est point toujours la règle dans ces cas. Pourquoi ne pas intervenir, quand l'hémorrhagie se prolonge et que les dangers de l'anémie menacent? Cette conduite est plus justifiée encore lorsque le fœtus est mort. Pour l'avortement provoqué, M. Græfe conseille la dilatation du col utérin par la laminaire. S. R.

De la fétidité des lochies, sa valeur diagnostique, par M. Boxall. — L'auteur qui est, du reste, partisan décidé de l'antisepsie dans l'accouchement, a dans ce travail analysé les opinions diverses. Quelle valeur faut il donc, d'après lui, attri-

Digitized by Google

buer dans le diagnostic, à la fétidité des lochies ? (*The Practitionner*, mai 1891, 380).

Il parait démontré que la fétidité de ces produits existe sans septicemie et sans état fébrile et que réciproquement peut y avoir septicemie sans fétidité lochicale. Cette fétidité serait plus fréquente après les opérations obstétricales et chez les primipares. La fièvre peut précéder ce symptôme; d'ordinaire elle persiste après l'établissement de ce symptôme dont l'existence commande l'emploi d'une antisepsie locale et générale minutieuse. Comme traitement M. Boxall recommande les irrigations vaginales et utérines énergiques avec le sublimé au millième. S. R.

THÉRAPEUTIQUE

De l'action de l'opium et de la morphine sur l'intestin par M. Spitzer. — Ces recherches avaient pour objet d'établir l'action comparative de la morphine et de l'opium sur l'intestin et leur valeur comme agents de la médication sédative et antidiarrhéique dans les affections de cet organe. (*Virchow Archiv. hft.* 3, 1891).

Elles démontrent que l'opium ne paralyse pas les terminaisons des nerfs dans la muqueuse intestinale, mais bien les ganglions nerveux sensitifs et moteurs. La diminution des mouvements péristaltiques est donc due à cette action plutôt qu'à l'action analgésiante ; puisque la morphine qui produit celle-ci, ne provoque guère celle-là.

Sur l'homme en état de santé, administré par la voie sous-cutanée, l'opium agit comme la morphine et cette action est directement proportionnelle à la richesse en morphine. Contre la diarrhée, et quand on l'administre par la bouche, il est plus actif que par la méthode hypodermique, mais moins actif que la morphine. Il faut donc se contenter de l'opium quand il s'agit de combattre des douleurs intestinales modérées et préférer la morphine quand ces douleurs sont intenses.

Ces expériences physiologiques entreprises sur le lapin et la grenouille confirment les résultats de l'observation clinique. S. R.

Des usages du phénate de camphre par M. Coch'ran. — Ce produit, recommandé dès 1885, par M. Schœffer comme un utile anesthésique dentaire, s'obtient en mélangeant une partie en poids d'acide phénique avec trois parties de camphre. Il a la forme d'un liquide puissamment désinfectant et antiseptique. (*The Therapeutic Gazette*, 16 février 1891).

M. Cochran, considère comme un pansement efficace contre les plaies, le coton imbibé de phénate de camphre, pour prévenir la suppuration. Associé à deux parties d'huile d'olive, il peut être employé en onctions sur les surfaces érysipelateuses. Enfin, dans les vaginites et les métrites on peut en faire usage au tamponnement.

Il faut rappeler que M. Smith l'a essayé en injections dans le parenchyme pulmonaire contre la tuberculose. La dose employée était de dix à vingt gouttes. Enfin, il pouvait servir à rendre les instruments aseptiques dans les opérations chirurgicales. S. R.

Antisepsie intestinale par le naphtol par M. F. W. Burton. — Dans ce mémoire, où il est question des putréfactions alimentaires dans le tube intestinal, l'auteur insiste sur l'efficacité du naphtol comme agent d'antisepsie. (*Brit. med. journal*, 4 avril 1891, p. 753).

Dans 16 cas de fièvre typhoïde et à la dose de 0,10 à 0,40 centigrammes, plusieurs fois par jour, il a constaté la diminution de la diarrhée et la désodorisation des selles ; sept fois la diminution du tympanisme et trois fois l'abaissement de la température. Même succès dans cinq cas de tuberculose intestinale. M. Burton admet que le naphtol B exerce en outre une action sur les ulcérations intestinales. Cette opinion n'est pas plus inédite que les résultats que l'auteur annonce ; on doit donc considérer ce mémoire comme une simple confirmation de faits déjà connus. S. R.

L'antisepsie intestinale par le bromol, par M. Rodemaker. — Le bromol ou phénol tribromé est un sel cristallin peu soluble dans l'eau, mais très soluble dans l'alcool, l'éther, le chloroforme, la glycérine et les huiles. Sa puissance antiseptique égale celle de l'acide phénique. Grimm et l'auteur l'ont employé avec succès à l'état de poudre, en solution huileuse à 1/2 pour cent et en pommade au dixième contre les plaies ulcereuses. Enfin, ils ont fait usage de vin glycéré au vingt-cinquième contre la diphtérie. (*Therap. Monat.* 1891, vil, p. 148).

Son insolubilité dans le suc gastrique et sa solubilité dans le suc intestinal, l'ont fait prescrire à l'intérieur comme antiseptique intestinal par prises de 0,50 centigrammes à 1 gramme dans la fièvre typhoïde. Même essai contre la diarrhée infantile, mais à la dose de 0,05 à 0,15 centigrammes. L'urine des malades, auxquels on l'administrait, donnait les réactions des phénols. S. R.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

MALADIES VÉNÉRIENNES

De l'hygiène des syphilitiques (1)

La malpropreté n'est pas l'unique cause des complications sus-indiquées. Il est non moins nécessaire d'éviter le surmenage et les fatigues de toutes sortes.

Les longues marches, le saut, la danse ne sauraient convenir aux individus porteurs d'un chancre. La raison en est aisée à comprendre. Tout ce qui peut être une occasion de frottement doit être une cause d'irritation.

Or, la lésion siégeant presque exclusivement aux organes génitaux, la marche réalise absolument cette condition défectueuse. Inutile, après cela, d'insister sur les effets fâcheux du saut et de la danse.

Quant au phagédénisme et à la gangrène, complications heureusement rares, elles dépendent plutôt de causes générales, qui n'agissent pas directement sur la lésion locale, mais bien par l'intermédiaire de la débilitation qu'elles peuvent entraîner dans l'organisme. Or, ces causes ne bornant pas au chancre leur action nocive, mais exerçant sur l'ensemble des manifestations de la syphilis leur influence funeste, il est plus logique de les signaler à une autre place et de leur notion faire découler la ligne de conduite, dont le syphilitique ne se doit point départir.

Il est absolument rare, exceptionnel, on peut dire, que le bubon du chancre syphilitique suppure. Tous les syphiligraphes sont d'accord sur ce fait, à tel point que dans un cas indécis, la suppuration ganglionaire est un des signes les plus précieux de la nature non syphilitique du chancre. Et cependant, ne soignez pas l'ulcération de la verge, sous prétexte qu'elle est indolente, négligez les soins de propreté, marchez avec excès et vous pourrez en arriver à enflammer et faire suppurer une lésion, par elle-même essentiellement torpide et indolente. A cela, deux causes : le frottement des gan-

(1) Suite : voir n° 20.

Digitized by Google

glions dans la marche par la flexion répétée de la cuisse sur le bassin ; l'absorption, par le défaut de soins à la surface du chancre, de germes pathogènes, probablement des microbes de la suppuration, qui cheminent par la voie lymphatique jusque dans les ganglions et viennent y accomplir leur œuvre désorganisatrice.

En résumé, le chancre localisé le plus souvent aux parties sexuelles, et le bubon inguinal constituent le premier acte de la syphilis. Ces accidents, à moins de conditions d'épuisement exceptionnelles, marchent spontanément vers la guérison, pourvu que les malades se tiennent propres et usent de la marche avec modération. Car il ne faut pas s'y tromper, le traitement spécifique, excellent pour atténuer les effets secondaires de la diathèse, pour conjurer les périls de l'avenir, semble sans effet, l'expérience l'a souvent démontré, sur la cure des phénomènes primitifs.

Quand le chancre syphilitique occupe l'urèthre chez l'homme ou chez la femme, indépendamment des règles hygiéniques précédentes, il est utile de recommander aux malades de boire plus abondamment que d'ordinaire, afin de diluer les principes contenues dans l'urine et surtout d'ingurgiter des boissons adoucissantes, telles que le mélange à une faible quantité de vin, de tisanes d'orge et chiendent, de queues de cerises, de graines de lin. Inutile d'ajouter que la bière, les vins capiteux et les liqueurs doivent être interdits. En un mot, les recommandations à faire ne diffèrent pas de celles que l'on doit adresser aux malades atteints de blennorrhagie, et la chose est aisée à comprendre. La muqueuse uréthrale étant à vif en un point, il faut éviter toutes les causes d'irritation, d'où la nécessité de diluer les matériaux solides dissous dans l'urine.

C'est en suivant le même ordre d'idées que nous recommandons aux malades, porteurs de chancre à l'anus, et surtout de chancre intra-anal, de tenir le ventre libre. L'expulsion d'un boudin fécal volumineux et dur pourrait causer des fissures et des excoriations nouvelles, qui aggraveraient la lésion préexistante. Aussi est-il indiqué, quand il y a tendance à la constipation, de diminuer la quantité des substances azotées, en d'autres termes, des diverses espèces de viandes, au profit du régime végétal et des légumes verts en particulier, tels que : épinards, choux, oseille, chicorée cuite, qui forment masse dans l'intestin et poussent devant eux les matières fécales accumulées.

Que le chancre syphilitique siège aux parties sexuelles, dans l'urèthre ou à l'anus, il est un précepte d'hygiène que l'on ne saurait trop recommander. Je veux parler de la balnéation répétée. M. Fournier insiste à très juste raison sur ce moyen, toujours excellent, quand il s'agit de lésions situées aux organes génitaux. Le médecin devra donc vivement engager son malade à prendre tous les deux jours un grand bain tiède de 30 à 35° environ, dans lequel il restera pendant 3/4 d'heure à 1 heure.

Les bains détergent les ulcérations, préviennent les complications inflammatoires et favorisent l'action des topiques destinés à la cicatrisation du chancre.

Si le chancre siège à la bouche et occupe soit les lèvres, la langue ou l'isthme pharyngé (cette dernière localisation est exceptionnelle), d'autres précautions hygiéniques seront nécessaires. Elles se résument toutes, à vrai dire, en ce précepte unique : éviter soigneusement les causes d'irritation buccale, c'est-à-dire supprimer l'usage du tabac à fumer ; ne boire de liqueurs qu'à titre exceptionnel. Qu'il s'agisse de la pipe, du cigare ou de la cigarette, l'effet est toujours nuisible. La cigarette, en particulier, doit être proscrite ; car elle paraît agir, non pas seulement par le tabac qu'elle renferme, mais par le papier qui sert d'enveloppe. Je reviendrai, du reste, sur les résultats déplorables du tabac à propos de l'hygiène à prescrire pendant la durée des accidents secondaires de la syphilis. Ce n'est pas, en effet, au début de la maladie que cette habitude peut avoir les conséquences les plus fâcheuses. Le chancre syphilitique a une tendance naturelle à guérir et l'irritation produite par le tabac ne peut qu'en retarder la cicatrisation. Mais, ce qu'il faut retenir, c'est qu'une muqueuse buccale, chroniquement irritée, constitue un *locus minoris resistentiæ* et un point d'appel aux localisations secondaires de la bouche, qui peuvent résister indéfiniment, ainsi que nous aurons l'occasion de le dire, aux agents thérapeutiques les plus actifs et les mieux dirigés.

Nous venons d'indiquer les précautions que le malade doit prendre en cas de chancre buccal, mais il lui faut aussi songer autant, si ce n'est plus, à son entourage. Car il peut être la cause de malheurs irréparables ; il peut, par son imprudence, par son incurie, être l'auteur de ces syphilis, dites si justement imméritées et qui atteignent les enfants et les femmes les plus honnêtes.

C'est donc au médecin qu'il incombe de lui défendre non pas seulement d'embrasser qui que ce soit ; l'interdiction serait banale, tant elle tombe sous le sens ; mais surtout de se servir d'ustensiles de table autres que ceux qui lui sont destinés : verre, couteau, cuiller, fourchette. Il y a là des causes de contagion multiples que le malade ne cessera pas d'avoir présentes à l'esprit.

Un mot, en terminant, sur les recommandations à prescrire dans le cas de chancres mamelonnaires : les chancres ne peuvent guère atteindre que les nourrices qui donnent leur sein à des enfants syphilitiques.

Désormais, l'allaitement devra leur être formellement interdit. Sinon, elles pourraient être tentées, leurs chancres guéris, de prendre un nouveau nourrisson. Or, cette détermination serait déplorable. Rien n'est plus fréquent, en effet, chez les nourrices syphilitiques, que les syphilides du mamelon, la succion constituant une sorte d'appel en ce point des accidents secondaires de la syphilis. Or, ces manifestations de la diathèse revêtent l'apparence de gerçures allongées, de crevasses, qu'il est aisé de confondre avec des lésions banales, qui n'excitent en aucune façon la méfiance et n'en-

Digitized by Google

écrètent pas moins un liquide essentiellement virulent et contagieux par nature.

Dr Alex. Renault,
Médecin de l'Hôpital de Lourcine.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

OTOLOGIE

I. **Traitement antiseptique de l'otorrhée chronique.** — Le médicament de choix est l'acide phénique ou glycéré. On pratique des injections d'eau chaude avant le pansement, et celui-ci consiste en badigeonnages avec le liquide suivant (Ménière).

Acide phénique cristallisé.	1 à 5 grammes
Glycérine pure.....	5 à 10 grammes

Plus tard, quand l'écoulement se tarit et devient un suintement, on préférera les préparations de sublimé ainsi formulées :

Glycérine pure.	10 grammes
Sublimé.....	0 gr. 05 à 0 gr. 25 centigr.

La glycérine phéniquée diminue aussi les douleurs d'oreille. Hewetson a insisté sur cette propriété dans *The Lancet* de 1887 ; il l'a mise à profit contre les otalgies de l'otite, de l'otorrhée et de la scarlatine.

MALADIES VÉNÉRIENNES

II. **L'administration du mercure et des iodiques dans la syphilis.** — Les formules suivantes qui sont simples, suffisent pour tous les cas et sont employées par M. Mauriac.

Préparations mercurielles : Il faut préférer la forme pilulaire :

Protoiodure d'hydrargyre..	0,03 centigr.
Extrait thébaïque.....	0,01 centigr.
Extrait de quinquina.....	0,06 centigr.

Pour une pilule. — De une à cinq par jour.

Ou bien :

Sublimé..... }	ãã 0,01 centigr.
Extrait thébaïque..... }	
Extrait de quinquina.....	0,06 centigr.

Pour une pilule. — De une à quatre quotidiennement.

Préparations iodurées. C'est sous la forme liquide qu'on doit toujours les ordonner :

Iodure de potassium.....	20 grammes
Sirop ou eau distillée....	200 grammes

Dose : une à deux cuillerées à dessert par jour.

Ou bien :

Biiodure d'hydrargyre....	0 gr. 10 centigr.
Iodure de potassium.....	20 grammes
Eau distillée.....	200 grammes

Même dose.

On réservera, aux cas très graves, aux formes malignes, les frictions mercurielles et l'administration de l'iodure de potassium aux doses quotidiennes de 4 à 6 grammes. Il convient souvent alors d'alterner l'emploi des unes et celui de l'autre : huit jours de mercurialisation, huit jours d'iodisation.

S. R.

REVUE DES LIVRES

Leçons sur les maladies mentales, par M. Ball, professeur à la Faculté de médecine de Paris. — 2e édition (Doin, 1891).

A moins que la première édition ne soit complètement épuisée, ce qui est très possible en raison de son grand succès, rien ne justifie l'apparition d'une deuxième édition, ni au point de vue des modifications, peu importantes, ni des légères additions du nouveau volume.

Le premier chapitre, si apprécié, est resté le même ; nous regrettons que la folie à travers les siècles n'ait pas suscité de nouvelles recherches de la part de l'auteur, et nous regrettons encore plus le dédain avec lequel il est resté silencieux quant aux travaux étrangers sur la folie publiés depuis dix ans ; qu'à notre époque les travaux étrangers soient trop vantés par certains, ce n'est pas une raison pour tomber dans l'excès opposé, d'autant que les aliénistes français contemporains sont aussi atteints par le même dédain du savant professeur.

Le chapitre sur les hallucinations est plutôt une plaidoirie qu'un cours magistral ; néanmoins il mérite toute l'attention. Les chapitres sur les formes du délire, mélancolie, stupeur, manie, excitation maniaque, délire aigu, démence, montrent toutes les qualités critiques et pratiques de M. Ball. Il en est de même des chapitres sur les persécutés ; toutefois, l'auteur aurait pu à ce sujet critiquer les auteurs dont il ne partage pas les opinions au lieu de rester muet à leur égard.

A louer sans restriction le chapitre sur les aliénés persécutés en liberté. A dix ans de distance, il eût été bon de la part du professeur de notre Faculté, de fixer à nouveau les idées sur la folie en doute, la folie chez les phtisiques, la folie rhumatismale, la folie sympathique et génitale, et de nous dire quelle influence modificatrice avait subie son expérience depuis 1882. Si les chapitres sur l'alcoolisme sont à l'abri de tout reproche, nous devons reconnaître que celui sur les formes de paralysie générale est trop écourté et mériterait davantage ; l'étude des paralytiques généraux est complète. Le chapitre sur l'aliéné devant la société et la loi de 1838 laisse à désirer ; M. Ball ne se prononce pas sur le nouveau projet de loi, car il lui paraît peu à propos de critiquer une loi en élaboration. Nous ne partageons pas son avis ; il ne faut pas attendre qu'une loi soit promulguée pour en faire la critique, et si celle-ci est périlleuse après la promulgation, elle est au contraire plus opportune avant les dernières discussions parlementaires.

Dr Charpentier
Médecin de l'hospice de Bicêtre.

Rapport comparatif sur deux projets d'assainissement de la ville de Rouen (Rouen, 1891, Lecerf).

Ce document vient de la *Société normande d'hygiène publique*, dont notre confrère distingué, M. Laurent, a été l'un des ardents promoteurs et affirme chaque jour sa vitalité et son activité.

Le projet, utile à consulter pour les hygiénistes décidés à entrer résolument dans la voie du progrès, préconise la suppression de la vidange, et les avantages de l'épandage des eaux d'égouts sur les terres cultivables.

Par la plume du rapporteur, M. Lombard, la Société rouennaise d'hygiène se prononce donc pour le tout à l'égout. A ce point de vue encore, c'est un document et un témoignage que les partisans de ce système d'assainissement pourront à bon droit invoquer, car les conclusions de l'auteur sont sagement et solidement motivées. Il y a bien des rapports émanant d'hygiénistes officiels, même à Paris, dont on ne saurait dire autant !

Ch. E.

Etude descriptive des eaux de Néris-les-Bains, par M. le Dr G. Morice (1 vol. in-18, Paris, O. Doin).

En ce temps de recherches hydrologiques, la monographie publiée par M. le Dr Morice occupe une place légitime dans la collection, de plus en plus encombrée, des livres destinés à

Digitized by Google

appeler l'attention du public médical sur les eaux thermales de notre pays.

Notre confrère estimé écrit avec une indépendance de plume qui permet de juger de la valeur réelle en thérapeutique de Néris. En effet, s'il expose longuement les indications des eaux de cette station, il prend soin, non moins scrupuleusement, d'en énumérer les contre-indications.

Cette sincérité et cette franchise ne ressemblent guère à l'enthousiasme trop connue des hydrologistes qui, malgré la suppression de l'Inspectorat dans les stations thermales, continuent périodiquement d'en célébrer les louanges officielles.

Il serait à désirer, dans l'intérêt de l'hydrologie française, de lire souvent des ouvrages aussi sincères et aussi impartiaux que celui qui porte la signature de notre très estimé confrère, M. le Dr Morice. CH. E.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES FRANÇAISES

PARIS : **Société de médecine pratique** (9 avril 1891). I. *Du diagnostic du glaucome.* — MARSEILLE : **Comité médical des Bouches-du-Rhône** (mars 1891). II. *Traitement des kystes séreux de l'épiglotte.*

I. **Du diagnostic du glaucome.** — Le diagnostic prévu de cette affection est de moyenne importance, car on a pu à tort confondre le glaucome au début, avec une conjonctivite, une névralgie, une iritis rhumatismale ou une kératite. De plus, il convient d'éviter à cette période l'usage des mydriatiques, que par suite d'une erreur de diagnostic, on serait tenté de prescrire comme dans les affections inflammatoires de l'œil.

Bref, M. GILLET DE GRANDMONT précise ainsi les éléments de ce diagnostic.

Au début, le malade éprouve un trouble visuel et la *sensation d'un nuage enfumé* entre l'œil et les objets. Puis, le soir, il y a autour des flammes des lumières comme une *auréole aux couleurs irisées.* Des *douleurs*, les unes sont d'étranglement et causées par la distension de la coque oculaire, les autres sont névralgiques et se fixent aux branches sus-orbitaires, sous-orbitaires et nasales du trijumeau.

Les vomissements donnent le change avec l'hémicrânie et amènent à conseiller la temporisation, alors que, seule, l'intervention chirurgicale serait salutaire. Fréquemment, le globe est *faiblement injecté* et le malade consulte pour une prétendue conjonctivite. On ne saurait porter trop d'attention à ces conjonctivites insidieuses qui ne s'accompagnent pas de sécrétion exagérée, mais qui déterminent des troubles de la vue et des douleurs névralgiques.

En pleine période d'état, la cornée prend un *aspect chagriné* par suite de la dissociation des cellules épithéliales sous l'influence de la distension de la membrane. C'est là un caractère très net de la maladie qu'on ne saurait confondre avec la kératite parenchymateuse; celle-ci ne s'accompagnant jamais de douleurs.

La cornée de l'œil glaucomateux a perdu en partie sa sensibilité; et la chambre antérieure sa profondeur, de sorte que l'iris plus ou moins repoussé en avant par le cristallin laisse à peine de place à l'humeur aqueuse.

Cet *iris est dilaté* et insensible aux excitations de la lumière. On ne saurait confondre avec l'iritis inflammatoire, cet état du voile irien, car, dans le cas d'iritis, la pupille, au lieu d'être dilatée, est, au contraire, contractée et fixée à la cristalloïde par des synéchies plus ou moins résistantes. — Enfin la *tension intra-oculaire* peut, sous l'influence d'une hypersécrétion de liquide acquérir la dureté de l'ivoire. Inutile d'insister sur la *diminution de l'amplitude d'accommodement*, celle du *champ périphérique*, la *pulsation des vaisseaux centraux* de la rétine et l'*excavation pupillaire*. Ce sont des signes ophtalmonopiques.

En leur absence, en tenant compte des symptômes fonctionnels, M. Gillet de Grandmont a voulu montrer que l'on peut faire des erreurs de diagnostic et d'une médication intempestive.

En face d'une attaque de glaucome, que faut-il faire? Pratiquer des instillations d'ésérine pour diminuer la tension oculaire, dégager l'angle irien et favoriser la circulation de retour. Plus tard : intervention chirurgicale, sclérotomie ou iridectomie.

II. **Traitement des kystes séreux de l'épiglotte.** — Cette affection est exceptionnelle d'après une opinion communément admise. Cette opinion, il est vrai, a pour adversaire des observateurs non moins autorisés. M. RAULIN est de ces derniers et le prouve en présentant, c'est le troisième cas, un fait de ce genre à ses collègues du comité médical des Bouches-du-Rhône.

Ce malade, un chanteur, a les amygdales hypertrophiées et ne se plaint point de la tumeur épiglottique qui ne donne lieu à aucun trouble fonctionnel. Au laryngoscope, on la reconnaît sur la face linguale de l'épiglotte.

Comment intervenir? On déprimera la langue avec l'abaisse-langue et on ouvrira la tumeur avec le galvanocautère droit. Ces opérations seront pratiquées après cocainisation préalable de la muqueuse. L'eschare ainsi formée s'éliminera, une partie de la poche disparaîtra, et la réaction inflammatoire favorisera l'accolement des parois du kyste.

Pour assurer l'antisepsie, on devra prescrire comme topique, des bains de gorge avec l'eau boriquée tiède et des attouchements avec l'huile de vaseline salolée. On le voit si la maladie a paru rare, le traitement en est simple, et pratiqué suivant ces précautions, permet d'éviter les complications infectieuses et les récidives. D. N.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 13 avril 1891
Présidence de M. DESCROIZILLES

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté. La correspondance comprend : 1° une correspondance de M. le Dr Périer « Sur l'art de soigner les enfants malades »; 2° un mémoire de M. le Dr Farinha, de Rio-de-Janeiro, intitulé : « Relation sur les prisons de France et d'Italie en 1889; et les journaux suivants : la *Revue illustrée de Polytechnique médicale et chirurgicale*, la *Gazette de Gynécologie*, le *Poitou médical*.

M. GROUSSIN prend la parole au sujet de la morphinomanie. Il connaît un médecin, qui, consulté par une malade habituée à la morphine, a donné à cette malade une ordonnance pour une solution de morphine à renouveler à volonté, parce que cette malade parlait de se suicider si le médecin lui refusait une ordonnance pour une solution de morphine.

Peut-être, en mettant un impôt énorme sur la morphine, parviendrait-on à en restreindre l'emploi, car l'abus de la morphine est une maladie de gens riches.

M. JULLIARD. — Le pharmacien qui délivre une ordonnance de morphine devrait se conformer au texte de la loi, qui exige du pharmacien le timbre de la maison et la date du jour, chaque fois qu'il exécute une ordonnance. Qu'il s'agisse d'un toxique ou non, il pourrait refuser de faire une seconde fois l'ordonnance.

M. ROUX. — Comment réglementer la délivrance de la morphine, quand il existe en Allemagne, en Angleterre, et ailleurs, des maisons qui expédient la morphine par lettre? Les morphinomanes connaissent bien ces maisons.

Digitized by Google

M. Christian. — Dans plusieurs Sociétés, la discussion qui nous occupe a toujours été suivie de cette conclusion : qu'il n'y avait rien à faire pour empêcher l'abus de l'emploi de la morphine. Du moment qu'on peut acheter de la morphine en gros, il n'y a pas de réglementation possible. La morphinomanie, si répandue aujourd'hui, est un peu due aux médecins qui prescrivent trop facilement la morphine. C'est le progrès de la thérapeutique, c'est l'efficacité reconnue des injections qui ont amené l'extension de la morphinomanie.

Il n'existe qu'un seul moyen de guérir les morphinomanes : il faut les enfermer et les priver absolument de morphine. Du moment qu'ils sont en liberté, il n'y a pas de moyen réel, malgré toutes leurs promesses de s'amender.

M. Descroizilles lit une **Note sur deux cas de purpura** (voir p. 317).

M. le Dr Delefosse lit une observation de **taille hypogastrique pour rétention d'urine**. En voici le résumé :

Un malade de quatre-vingt-quatre ans se présente, n'ayant pas uriné depuis quarante-huit heures et venant de faire une heure et demie de chemin de fer. Symptômes urémiques. Cathétérisme impossible pendant vingt-quatre heures, remplacé par deux ponctions hypogastriques. Une sonde métallique ayant pu passer, le malade est sondé trois fois par jour avec une solution argentique au 1/1000e. Le quatrième jour, les sondages sont faits avec une sonde en gomme. Le huitième jour, le malade allait très bien; mais, en se sondant lui-même, il ne peut introduire la sonde jusque dans la vessie ; hémorragie à chaque sondage ; reprise de la sonde métallique. Cependant, les envies d'uriner arrivent toutes les dix minutes ; douleurs intenses; accidents urémiques, qui occasionnent un état très grave du malade.

Taille hypogastrique. On constate que le lobe gauche est très hypertrophié et le canal prostatique très dévié à droite. Le malade est guéri quinze jours après.

Cette opération n'a pu réussir chez ce malade que par suite de l'état encore bon des reins.

Comme antisepsie, M. le Dr Delefosse n'emploie plus que l'eau salée bouillie à 6 degrés, et, s'il y a du sang ou du pus dans la vessie, des solutions argentiques au 1/1000e ou 2/1000e.

M. Desnos. — Il y avait danger à sonder un pareil malade. M. Delefosse a bien fait, suivant moi, de faire l'opération de la taille hypogastrique, qui était moins dangereuse que le cathétérisme.

Peut-être pourrait-on généraliser cette conduite et procéder à la taille hypogastrique dans les cas de rétention d'urine, avec état grave, menaçant, et cathétérisme presque impossible.

Je n'ai pas l'expérience de l'eau salée. Je me sers d'eau stérilisée ayant bouilli une demi-heure, et je m'en trouve bien.

M. Delefosse. — Un inconvénient de l'eau salée, c'est d'abîmer beaucoup les instruments.

M. Desnos. — Avez-vous des objections contre l'acide borique ?

M. Delefosse. — Non ; mais l'acide borique est coûteux, même à Paris, et l'eau salée ne coûte rien.

M. Schwartz. — Je félicite M. Delefosse de son intervention et du succès qu'il a obtenu. Je pense, comme lui, que le cathétérisme fait dans de mauvaises conditions, en particulier chez des vieux comme ceux de Bicêtre, atteints d'obstruction prostatique, est plus grave que la taille. Quand les reins sont bons, que le cathétérisme est impossible, je pense qu'il faut recourir à la taille quand on a fait vainement des ponctions hypogastriques répétées.

M. Routier. — Je ne veux pas, sans protester, laisser dire que la taille hypogastrique est plus bénigne qu'un cathétérisme. Faites un cathétérisme bien aseptique, ce n'est pas une intervention bien grave. Dans la rétention d'urine, il faut laisser reposer le malade après le cathétérisme et faire des ponctions capillaires matin et soir.

M. Delefosse. — L'état du malade domine tout. Avec de la fièvre et un état grave, le malade peut mourir en 48 heures. Vous ne pouvez, en pareil cas, songer à continuer les ponctions capillaires, et une intervention radicale s'impose. A propos de la taille j'ai remarqué une chose : c'est que la taille fait disparaître la contracture du col qui arrête la sonde au niveau de ce col chez les malades qui usent de la sonde depuis longtemps. — M. Caudmont croyait, et je crois, moi aussi, que dans ces cas, où l'incision de la vessie abolit la contracture du col, la rétention d'urine tient uniquement à cette contracture.

M. Reliquet — Le fait de M. Delefosse est fort intéressant et il a justement fait d'agir par la taille hypogastrique pour faire cesser l'état d'excitation, de contraction spasmodique de la vessie et de l'urèthre. En même temps la congestion violente de la vessie et de la région prostatique a cessé, et le passage des instruments dans la région prostatique de l'urèthre fortement déviée est devenu facile, même pour le malade. Ce qu'il fallait obtenir, puisque la miction n'est possible chez lui que par la sonde.

Mais de là à vouloir généraliser l'indication de la taille hypogastrique dans les cas de rétention d'urines prostatiques, il y a loin. Le fait de M. Delefosse est exceptionnel, et je suis tout à fait de l'avis de M Routier. Dans la très grande majorité des cas, le cathétérisme, bien fait en temps voulu, suffit avec les soins habituels connus en pareils cas. Il n'est pas indifférent de faire à tout propos la taille hypogastrique, elle laisse souvent après elle la vessie dans des conditions spéciales. Ainsi il y a adhérence de la paroi vésicale et de la paroi abdominale. Ce qui trouble profondément l'émission de l'urine même par la sonde. Les parois vésicales ne revenant pas sur elles-mêmes, à un moment donné le liquide de la vessie qui s'échappe par la sonde est remplacé dans la cavité vésicale par de l'air, exactement comme dans une bouteille. Quand le malade urine seul cela ne se produit pas mais la vessie ne se vide pas. Il peut arriver aussi une fistule persistante à l'hypogastre. Je sais que l'on peut, par de nouvelles interventions, l'oblitérer. Mais tout cela n'est point indifférent, et doit, ce me semble, ne pas permettre de faire trop facilement cette opération, quand d'autres moyens, offrant moins de chances de gênes consécutives, peuvent suffire Je sais bien qu'il y a quelques années, à Vienne, Little préconisait le drainage hypogastrique de la vessie dans ces cas de rétention d'urine prostatique au moyen d'un appareil en caoutchouc mis dans le trajet opératoire. Bien souvent les médecins qui suivaient mon cours m'en ont parlé. Je leur disais toujours : « Apprenez à bien faire le cathétérisme, même dans les cas difficiles, et vous aurez bien rarement besoin de ce drainage ». Ce que je viens de dire à propos de la taille hypogastrique me fait désirer de voir étudier ici par nos jeunes confrères une question : *Des résultats ultérieurs de la taille hypogastrique*. Je demande qu'elle soit aussi à l'ordre du jour pour une époque déterminée.

M. Delefosse. — En ce qui concerne mon malade, il a été opéré il y a un an environ, j'ai eu de ses nouvelles hier, il va très bien. Un autre de mes malades, chez qui j'ai pratiqué la taille avec uréthrotomie externe et cathétérisme rétrograde dans de mauvaises conditions, n'a pas eu à la suite de fistule sus-pubienne. M. Delefosse fait remarquer qu'à Vienne, on fait la taille hypogastrique dans tous les cas de rétention d'urine, dans le but d'enlever les lobes prostatiques hypertrophiés.

M. Reliquet demande qu'on mette, à l'ordre du jour d'une des séances suivantes : les *résultats ultérieurs de la taille hypogastrique*.

Dr Pennel.

Digitized by Google

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 *mai* 1891

Présidence de M. le Dr Nicaise

Résection d'un poumon tuberculeux. M. Tuffier présente un jeune homme atteint de tuberculose pulmonaire au début. Il lui a réséqué cinq centimètres du sommet malade. Après avoir étudié cette opération par des expériences répétées chez les animaux et sur le cadavre, il a choisi le deuxième espace intercostal pour pratiquer cette intervention.

Sur la partie antérieure de la poitrine, il incisa les tissus depuis l'artère mammaire interne jusqu'à l'artère scapulo-thoracique, qu'il eut soin d'épargner, puis coupa les muscles sous-jacents et arriva sur la plèvre pariétale qu'il décolla. Le sommet pulmonaire s'affaissa alors et vint faire hernie dans la brèche de la paroi thoracique. Il est facile d'explorer par le toucher le poumon dont on sent entre les doigts les moindres granulations. Un fil de soie est alors passé au-dessous des parties malades, puis fortement serré ; cette ligature, qui comprend les deux plèvres, empêche la pénétration de l'air dans la cavité thoracique, de telle sorte que l'on peut réséquer la partie sus-jacente du poumon sans avoir d'hémorragie, ni de pneumothorax, conditions fort importantes pour le succès de l'opération. Le pédicule est ensuite fixé dans le deuxième espace intercostal dont les tissus sont rapprochés par des points de sutures. Le malade de M. Tuffier était guéri le septième jour.

Dans la portion du poumon réséquée, on constata un grand nombre de tubercules au premier degré.

Luxation du pouce en arrière. — M. Schmidt (de Versailles) lit une observation de luxation du pouls en arrière, avec plaie de l'éminence thénar, saillie de la tête du métacarpien, réduction facile de la luxation. Attaque de tétanos le huitième jour; mort du patient. H. M.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 *mai* 1891

Présidence de M. le Dr Labbé

Un cas d'angine infectieuse. — M. Hanot rapporte l'observation d'une jeune fille de 19 ans qui fut prise, huit jours avant son admission à l'hôpital, d'un mal de gorge léger avec difficulté de la déglutition, de phénomènes généraux graves, et de point de côté à droite. Le 7 mars, jour de son entrée dans le service de M. Hanot, on note de la prostration des forces, une teinte pâle du visage, de l'amaigrissement des membres. La langue est tremblante, la muqueuse pharyngée rouge, les amygdales ne sont pas augmentées e volume, et ne présentent pas d'exsudat. Les ganglions sous-maxillaires ne sont pas hypertrophiés. Les urines brunes contiennent un peu d'albumine. Enfin, il existe une pleurésie droite au début. La température est le matin de 37°6 ; le soir de 38°2. On porte le diagnostic de pleurésie infectieuse d'origine pharyngée.

11 mars. — L'état de la malade ne s'est pas amélioré. Elle se nourrit peu et avec une extrême difficulté. Les signes d'un épanchement pleurétique sont devenus manifestes. Une ponction avec l'appareil Potain donne issue à 300 grammes d'un liquide louche, floconneux, contenant des streptocoques. 21 mars. — Etat général grave, frissons. T. 39.4, nouvelle ponction ; le liquide est devenu purulent. 25 mars. — On pratique l'empyème; il sort un litre de pus ; lavage de la plèvre avec une solution de sublimé, et drainage. — T. matin, 39, soir 40,2. 28 mars. — La fièvre persiste, oscille entre 39 et 40. Les bords de la plaie intercostale sont blafards, décollés, le pansement est renouvelé chaque jour.

La cavité pharyngée reste rouge, l'anorexie est à peu près complète.

Dans les premiers jours d'avril, la malade tombe dans la stupeur et présente des signes d'infection putride ; malgré les pansements répétés de la plèvre, elle succombe le 24 avril.

A l'autopsie, on constata que les amygdales contenaient de petits abcès de la grosseur d'une tête d'épingle ; des amygdales le pus s'était infiltré en faible quantité, mais d'une manière très appréciable, dans le tissu cellulaire rétro-pharyngien, dans le médiastin, prénétrant ainsi jusque dans la plèvre droite. Cette fusée purulente contenait des streptocoques qui, plus tard, se colonisèrent dans la plèvre, ainsi que le fit reconnaitre l'examen du liquide louche de la première ponction.

En résumé, il s'agit d'une angine microbienne, due au streptocoque, ayant déterminé une fusée purulente le long du pharynx et de l'œsophage et terminée par une pleurésie due au même microbe. Il est certain que la porte d'entrée de ce microbe s'est opérée par les amygdales, où il s'est d'abord développé, avant d'envahir l'organisme.

Tœnias multiples. — M. Ducazal remet une note relative à un malade ayant rendu vingt-cinq têtes de tœnia, avec l'huile éthérée de fougère mâle. Ce malade venait du Tonkin et la pelletiérine avait été impuissante à le débarrasser de ses tœnias.

Pleurésie séro-fibrineuse avec bacille d'Eberth. — M. Fernet pense que la pleurésie sero-fibrineuse est plus fréquente dans le cours de la fièvre typhoïde qu'on ne l'enseigne généralement. Il a déjà rapporté deux cas de pleurésie séreuse, dans lesquels la dothiénenterie évolua consécutivement à l'épanchement. Ces deux épanchements contenaient des bacilles d'Eberth. Il rapporte une nouvelle observation de pleurésie séro-fibrineuse avec bacilles d'Eberth, mais qui évolua, sans s'accompagner des signes d'une fièvre typhoïde confirmée. Dans ce cas, comme dans les deux précédents, le malade guérit sans complication. Dr H. Marcigbey.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 *mai* 1891

Présidence de M. le Dr Tarnier

De la balnéation chlorurée-sodique. — M. A. Robin s'est efforcé depuis longtemps de montrer l'importance qu'a en thérapeutique la recherche des échanges pour fixer les indications des divers traitements. Il a appliqué ces procédés à l'étude chimique des eaux chlorurées sodiques et en particulier de celles de Salies de Béarn, une de celles dont les indications sont le mieux connues.

Ses recherches confirmèrent en partie ce que nous savions de l'action de ces eaux, mais, sur d'autres points, elles déterminent des indications thérapeutiques nouvelles. L'action physiologique des bains varie suivant que la proportion de sel est de 6 0/0, de 12 0/0 ou que le bain est *pur sel*. Les premiers diminuent les échanges en matériaux non azotés, ils augmentent la desassimilation des organes riches en phosphore et l'élimination des chlorures.

Les seconds ont une action plus active, ils augmentent de 12 0/0 les échanges azotés. Sous leur influence, la desassimilation totale augmente plus que le coefficient d'oxygène absorbé. Ces bains diminuent la formation de l'acide urique et la désassimilation des organes riches en phosphore. Les bains pur sel ont une action mixte qui procède de celle des deux autres bains. Ils augmentent les échanges, guérissent et dimi-

Digitized by Google

nuent la formation de l'acide urique et des matériaux extractifs azotés.

L'action des bains se prolonge après la période de balnéation.

Les applications cliniques des recherches de M. Robin sont les suivantes : 1° la balnéation chlorurée sodique a son indication dans tous les états morbides où il y a de l'hypoazoturie et une diminution des oxydations azotées ; 2° cette balnéation a une action d'épargne sur les tissus riches en phosphore et en azote. Elle est indiquée dans les affections du système osseux et dans les cas où il faut reconstituer le système nerveux épuisé.

Les bains au quart sont indiqués chez les malades ayant une tendance à l'amaigrissement et qui fabriquent de l'acide urique en excès. Les bains demi-sel sont utiles quand il faut relever les échanges azotés. Ils sont contre-indiqués chez les uricémiques. Les bains pur sel seront prescrits chez les individus à nutrition diminuée, dans les affections osseuses, les nécroses, chez les uricémiques, dans le lymphatisme, la scrofule, le rachitisme, les affections chroniques de l'utérus.

Quant à l'anémie, M. A. Robin en distingue deux classes : 1° les malades qui ont une diminution des échanges azotés et de l'oxydation ; 2° les malades chez qui les échanges et les oxydations azotés sont augmentés. Les agents médicamenteux qui conviennent aux premiers sont contre-indiqués pour les seconds. Pour les premiers, on prescrira le fer ; pour les seconds, l'arsenic.

La balnéation sodique est bonne pour les obèses par défaut. Elle ne produit pas de résultat chez les obèses par excès.

Cette balnéation est bonne chez certains diabétiques, mais elle est contre-indiquée pour le plus grand nombre. Elle est mauvaise au début de la maladie et pendant sa période d'activité, mais elle est indiquée quand la nutrition fléchit, quand l'urée diminue ainsi que le cœfficient d'oxydation.

M. Hayem prétend que la médication chlorurée sodique, dans la chlorose, est mauvaise toujours et sans exception. Elle peut convenir pour consolider la guérison. Quant au fer, c'est une erreur de croire qu'on peut guérir la chlorose sans son aide ; c'est l'unique médicament de cette maladie. Si on échoue en l'employant, c'est qu'il y a un mauvais fonctionnement du tube digestif et que le fer n'est pas absorbé Jamais M. Hayem n'a vu un chlorotique guérir par l'arsenic. Celui-ci n'est indiqué que dans certains cas d'anémie ayant ponr origine un trouble des organes hématopoiétiques.

M. G. Robin n'a rien à répondre à M. Hayem. Il n'a visé qu'un seul point et n'a voulu que faire un programme d'étude de l'action des eaux chlorurées sodiques.

M. Hayem est convaincu des succès que la chimie peut rendre aux médecins, mais c'est à la condition qu'on ne fera pas cette chimie dans le cabinet, mais sur les malades.

Prophylaxie du choléra d'Espagne de 1890. — M. Proust fait connaître les mesures prises en France pour lutter contre l'invasion du choléra. Elles se réduisent à quatre : 1° Visite des voyageurs passant la frontière ; 2° Arrêt et isolement des malades et des suspects ; 3° Examen des bagages et désinfection des linges souillés ; 4° Surveillance dans les ports des provenances d'Espagne.

De la transparence de certaines tumeurs. — M. Gariel insiste sur le fait que les tumeurs sont translucides et non transparentes. Dans certaines tumeurs, comme l'hydrocèle, la tumeur peut être translucide bien que contenant un corps opaque, comme le testicule. M. Gariel indique un moyen pratique pour constater l'existence de ce corps, c'est d'interposer entre la source lumineuse et la tumeur un écran percé d'un trou de un à deux centimètres de diamètre. Ce procédé sert à diminuer l'intensité de la source lumineuse. F. R.

BULLETIN DE LA SEMAINE

En reproduisant sous cette rubrique, des extraits de la presse médicale, le **Journal des Praticiens** *a pour but de renseigner impartialement ses lecteurs. Il réserve donc formellement la liberté de ses appréciations et l'indépendance de sa critique.* N. de la R.

La réforme de l'enseignement médical et l'indigence du budget. — On lit dans le *Bulletin médical* du 17 mai 1891 :

La commission du budget ayant à examiner les dépenses nécessitées par l'enseignement supérieur, paraît décidée à demander des économies qui ne sont pas faites pour donner un grand espoir de voir l'État se charger d'améliorer les conditions dans lesquelles se pratique actuellement l'enseignement de la médecine.

La Société des hôpitaux avait adopté le vœu que l'assistance publique s'entendît avec la Faculté de médecine, pour la création de seize chaires supplémentaires de clinique, à mettre à la charge de l'État.

Voici comment la commission du budget paraît répondre à ce désir :

Elle a chargé son rapporteur de signaler la nécessité d'une revision des chaires de l'enseignement supérieur qui se sont développées peut-être un peu inconsidérément et dont plusieurs semblent faire des doubles emplois.

Comme sanction, la commission a fait une réduction de 1,000 francs sur le chapitre 6, à l'article des cours complémentaires.

On voit qu'en somme si l'on veut voir se réaliser la réforme de l'enseignement clinique dans les hôpitaux, c'est encore en s'adressant au Conseil municipal que l'on a le plus de chance d'aboutir à un résultat.

Très bien ! cher confrère. Il y avait vous le pensez aussi, mieux à faire que de répondre évasivement aux offres généreuses de la ville de Paris.

On préfère les chemins de traverse ; la Société médicale des hopitaux s'y perd, la Société des chirurgiens des hopitaux s'y engagera peut-être.

Pourquoi ? *Suum cuique !* Eh bien, l'intérêt d'une corporation, tout honorable qu'il soit, est médiocrement important quand ils compromet l'intérêt plus général des étudiants en médecine. Eh bien ! nous sommes pour l'intérêt général et pour les étudiants, c'est pourquoi nous enregistrons avec satisfaction la déclaration du *Bulletin médical.*

Mahomet impatient disait : allons vers la montagne puisqu'elle ne vient pas vers nous. Ici c'est l'inverse, Les avocats du monopole reconnaissent, vœu précieux, l'impossibilité pour la Faculté de répondre aux besoins d'instruction des élèves. Enregistrons ces aveux, malgré leur timidité.

L'intérêt d'une corporation peut avoir du bon ; ici il est nuisible. Déplorons-le et félicitons-nous de voir le *Bulletin médical* accepter en partie les idées que le *Journal des praticiens* a été l'un des premiers à exposer ici. Ch. E.

INFORMATIONS

PARIS

La réforme de l'enseignement clinique dans les hôpitaux de Paris. — Après de nombreuses délibérations et des comités secrets, la Société médicale des hôpitaux vient d'émettre les vœux suivants relatifs aux réformes à apporter dans l'enseignement clinique :

Digitized by Google

1° Création, dans un certain nombre d'hôpitaux, de laboratoires affectés aux recherches bactériologiques, chimiques, anatomo-pathologiques, etc., que comporte la clinique dans chaque hôpital ;

2° Augmentation du nombre des médecins du bureau central. Cette augmentation comporterait la création de douze nouvelles places. Elle permettrait aux médecins titulaires de service de se faire suppléer plus facilement pendant les vacances par des médecins du bureau central. En outre, les médecins du bureau central pourraient, quand les médecins titulaires de service le demanderaient, leur prêter leur concours pour la consultation externe ;

3° S'entendre avec la Faculté de médecine pour la création de seize chaires supplémentaires de clinique, à mettre à la charge de l'Etat. Le titre à donner aux seize professeurs supplémentaires serait arrêté par le ministre de l'Instruction publique ;

4° Organiser dans les hôpitaux un enseignement des spécialités. Cet enseignement serait payé par les élèves qui le suivraient.

Dans quelques jours nous apprécierons, comme il le convient, ces résolutions et celles que la Société des chirurgiens se propose de formuler. On verra peut-être, alors, l'erreur qui a été commise et que seule la Ville de Paris, par son conseil municipal, pourra réparer.

NOUVELLES MILITAIRES

FRANCE

Nominations dans le corps de santé de la marine (Activité). — *Au grade de médecin de 2e classe* : M. Pelissier, médecin auxiliaire de 2e classe.

(Réserve). — *Au grade de médecin de 2e classe* : M. le Dr Houdart.

VARIÉTÉS

Le knout en thérapeutique. — Ceci se passe à Francfort, en Allemagne, d'après la *Province médicale*, dans le pays où le bâton est un instrument d'éducation militaire et civile.

Le directeur d'une maison de santé, le Dr K..., vient de se voir infliger six mois de prison à la suite de brutalités odieuses exercées sur ses malades.

Le Dr K., qui faisait ses visites armé d'un gourdin en caoutchouc, se servait, paraît-il, journellement de cet instrument de thérapeutique extra-classique pour entreprendre la cure de ses pensionnaires. On lui reprochait en outre des sévices non moins graves. C'est ainsi que des témoins ont pu établir, entre autres faits, que l'inculpé faisait parfois attacher ses malades à leur lit pour pouvoir mieux leur administrer la bastonnade sur la plante des pieds. Un d'entre eux serait même mort des suites de ce traitement. Une autre fois, K... poussait avec tant de violence une femme de son établissement que celle-ci allait se heurter la tête contre une muraille, se produisant ainsi de graves contusions du cuir chevelu. K... avait essayé de prouver à ses juges que l'usage du bâton possédait des vertus thérapeutiques réelles dans certaines maladies, mais les experts appelés à témoigner n'ont pas été tout à fait de cet avis.

La vaccination avec la plume. — Notre confrère, M. Mareschal, propose, dans les *Archives de médecine militaire*, de substituer la plume métallique du commerce aux lancettes ou aux aiguilles classiques pour la vaccination. On la monte sur un porte-plume ordinaire ou une pince à pansements et on la stérilise par l'eau bouillante avant et après l'opération.

L'économie est le motif pour lequel M. Mareschal recommande cet instrument de vaccination. 200 plumes, coûtant 2 fr. 80, suffiraient pour un régiment, au lieu des cinq lancettes réglementaires, coûtant un franc et nécessitant des réparations et des remplacements onéreux également.

Le principe actif du célastrus edulis. — Cette plante, le ciat des Abyssiniens, contiendrait dans ses feuilles un principe que M. Mosso a mis à l'essai sur les animaux. La celastrine, alcooloïde encore mal défini, agirait sur le nerf vague comme la cocaïne, avec cette différence que son pouvoir physiologique serait supérieur à celui de cette dernière.

C'est une substance à soumettre à l'étude expérimentale.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs Juhel (de Caen), Therenim, médecin de la marine, Mauricet (de Vannes), Guérin, Méneville et Desfossés (de Paris).

En Angleterre : MM. les Drs Thomas, Hiron, Bartleet, professeurs de physiologie au Queens-College de Birmingham.

En Grèce : M. le Dr de Saunier, médecin en chef de la marine hellénique.

En Italie : M. le Dr W. Dathlo, professeur honoraire de chirurgie à la Faculté de Naples.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

CLINIQUE OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

Boxall (B.). — De la fétidité des lochies (*The Practitionner*, mai 1891).

Brewis. — Du traitement opératoire du cancer du col utérin (*Edimb. med. Journ.*, mai 1891).

Fraipont. — De la grossesse après l'hystéropéxie abdominale pour rétroflexion utérine (*Ann. de la Soc. méd.-chir. de Liège*, avril 1891).

Pereira. — De la fréquence des endométrites, leurs causes et leur traitement curatif et prophylactique (*O Brazil Medico*, 1er avril 1891).

Playfair. — Des complications névrosiques des maladies utérines (*The Lancet*; 26 avril 1891).

Prime à nos abonnés. — Pour ceux de nos *abonnés actuels ou nouveaux* désireux de se procurer les **Mementos thérapeutiques des praticiens**, le prix de ce volume est en leur faveur :

De **2 fr. 50** *livré dans nos bureaux* ;

Et de **3 fr. 25** *à domicile* (franco de frais d'expédition et de poste).

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

PARIS. — IMP. GIA... SCI... 57, RUE SAINT-HONORÉ

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE N° 22 27 MAI 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, BÉCLÈRE, BROCQ, DEMELIN, DU CASTEL, GINGEOT, Charles MAURIAC, PICQUÉ, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

REVUE GÉNÉRALE

(MÉDECINE)

Des ostéo-arthropathies consécutives à certaines affections pleuro-pulmonaires ou bronchitiques

Jusque dans ces dernières années, on a classé parmi les observations de rachitis, d'exostoses symptomatiques, d'ostéomalacie, de rhumatisme chronique noueux, déformant, des faits cliniques souvent étrangers à ces différentes affections. Une étude plus étroite et plus rigoureuse des différentes modalités, de la forme et du siège des altérations osseuses, dans ces divers cas, a permis déjà d'individualiser quelques groupes bien nets et bien distincts d'ostéo-arthropathies : telle est, par exemple, cette affection que James Paget a décrite, en novembre 1876, sous le titre d'ostéite déformante et qu'on a souvent désignée depuis sous le nom de maladie de Paget. Nous voudrions ici esquisser rapidement les principaux caractères d'une autre affection ostéo articulaire, dont les manifestations cliniques intéressantes, reconnaissent pour cause initiale, certaines maladies de l'appareil respiratoire siégeant dans les poumons, la plèvre ou les bronches.

Les faits auxquels nous faisons allusion sont rares, si l'on en juge par le petit nombre des observations qui les signalent ; ils deviendront sans doute plus nombreux dès que l'attention des cliniciens aura été suffisamment attirée sur ce point. Les premiers faits de ce genre qui ont été publiés remontent : l'un à 1862, il est dû à Bailly et a été porté à la connaissance de la Société de biologie ; l'autre, publié par Friedreich, remonte à 1868. Près de vingt ans se passent sans que l'attention soit rappelée sur ce sujet, lorsque, en 1888, Fraentzel et Elliot en rapportent de nouveaux cas. L'année suivante, Saundby, Ewald, Sollier font connaître d'autres cas inédits, suivis bientôt par les importantes publications de Spillmann et Haushalter (1890), de Moussous, de Bamberger (1890), et surtout par l'excellent travail de Marie (1890), qui remarqua, le premier, la corrélation qui existe entre les déformations articulaires et les maladies pleuro-pulmonaires, et, pour cette raison, décrivit l'affection sous le nom d'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique. Enfin, plus récemment, le mémoire de Rauzier et la thèse d'A. Lefebvre (1891) ont complété heureusement les premières descriptions de la maladie, qui étaient restées forcément incomplètes.

Les *recherches étiologiques* nous montrent que l'hypertrophie ostéo-articulaire s'est rencontrée chez des malades atteints de tuberculose ou de lésions cancéreuses du poumon, ou, plus simplement, dans le cours de la pleurésie purulente. Dans le cas de Bamberger, la maladie initiale était la dilatation des bronches.

L'âge adulte paraît être une condition indispensable au développement des ostéo-arthropathies pneumiques; il en est de même du sexe masculin.

D'une façon générale, la *symptomatologie* de l'affection est caractérisée par des déformations osseuses et articulaires, symétriques et localisées sur les extrémités osseuses qui prennent un volume considérable. Les os du crâne et ceux de la face, sauf quelquefois le maxillaire supérieur, restent indemnes. Ce qui caractérise encore très nettement cette curieuse affection, c'est la constance, aux mêmes points, des mêmes déformations chez tous les malades observés (Lefebvre).

Si nous entrons maintenant dans le détail rapide de la symptomatologie, nous avons à relever d'abord le volume énorme que prennent les *mains* du malade ; ce qui domine, ce n'est point l'allongement proprement dit, mais bien plutôt l'élargissement et l'épaississement.

Les *doigts* présentent des modifications fort curieuses. Ils sont élargis, non d'une façon uniforme, comme une sorte de boudin, mais le gonflement se localise de préférence sur la phalangette. Ainsi constitués, les doigts méritent justement d'être comparés, comme on l'a fait quelquefois, à des baguettes de tambour ou à des battants de cloches. La première et la deuxième phalange sont augmentées de volume, mais dans des proportions beaucoup moins considérables que la phalangette. Il en résulte que les doigts ne sont plus cylindriques, mais rétrécis à leur base et renflés à leur extrémité.

Les *ongles* sont également élargis, allongés et extrêmement bombés ; ils ont une tendance à prendre une forme circulaire qui les fait ressembler à un véritable verre de montre (Marie). Dans quelques cas, ils sont recourbés de telle façon, que leur profil donne, avec la pulpe du doigt, le contour d'une tête de perroquet avec son bec recourbé.

En même temps qu'ils sont élargis, les ongles sont plus minces, plus flexibles qu'à l'état normal, surtout dans le sens transversal ; de plus, la striation longitudinale est très accentuée. D'une façon générale, les ongles sont peu résistants; ils ont une tendance manifeste à se fendre suivant la longueur.

La région métacarpienne de la main ne subit qu'une légère augmentation de volume, due à un peu d'hypertrophie de la tête des métacarpiens ; il y a donc un con-

Digitized by Google

traste saisissant entre les deux segments du membre.

Au *poignet*, il y a élargissement et épaississement constant; quelquefois même, dans les cas les plus accentués, le poignet est plus volumineux que l'avant bras, même au-dessous du coude.

Du côté des *membres inférieurs*, les déformations présentent la plus grande analogie avec celles que l'on rencontre sur les membres supérieurs.

Les *orteils*, de même que les doigts, sont un peu allongés, mais surtout élargis, principalement au niveau de la phalangette ; le gros orteil est atteint d'une façon toute spéciale, et sa deuxième phalange donne bien l'idée de la grosse extrémité du battant de cloche.

Les *ongles* sont énormes et recourbés; ils sont rarement épaissis. De même que pour la main, la région métatarsienne est celle qui subit le moins de modifications.

L'articulation tibio-tarsienne présente des déformations intéressantes : l'augmentation d'épaisseur s'observe principalement dans le sens transversal, et les deux malléoles débordent considérablement de chaque côté, en sorte que cette région est plus volumineuse que la partie moyenne de la jambe. Les membres inférieurs, ainsi déformés, prennent parfois une apparence telle qu'on a pu les comparer, ainsi que le remarque Lefebvre, avec le pied d'un éléphant.

D'après les quelques examens nécroscopiques qu'on a pu pratiquer, il résulte que dans la production de l'hypertrophie, la part principale revient au tissu osseux; la peau et les parties molles participent, en degré moindre, à l'accroissement de volume; quelquefois aussi on a noté un empâtement œdémateux autour des articulations du poignet et de la région tibio-tarsienne.

Comme on le voit, le caractère principal de la maladie consiste dans le développement énorme que prennent les extrémités ; cependant on peut rencontrer encore ce développement anormal sur tous les os longs, mais plus spécialement sur les extrémités de ceux-ci. De plus, l'observation montre encore que les altérations sont moins prononcées à la racine des membres thoraciques et pelviens, qu'au niveau de leur périphérie; c'est ainsi que le cubitus, le radius, le tibia et le péroné sont plus atteints que le fémur et l'humérus.

Quelques autres os du tronc participent encore à l'hypertrophie : on a signalé l'épaississement des *clavicules*, surtout dans leur extrémité acromiale; et de l'*omoplate*, surtout au niveau de l'épine. Le *sternum* est quelquefois large et massif et les *côtes* renflées à leur extrémité supérieure. La *cyphose vertébrale* est parfois très prononcée, mais elle peut aussi faire défaut; son siège réside au niveau des régions dorsale inférieure et lombaire; elle se complique parfois d'un peu de scoliose. Par suite de cette déformation rachidienne, on note une diminution de la taille, très appréciable dans certains cas, insignifiante ou peu prononcée, dans d'autres circonstances.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, les os de la *face* et du *crâne* ne sont pas modifiés, sauf le *maxillaire supérieur* où les déformations consistent en un épaississement marqué du rebord alvéolaire.

L'augmentation de volume et les déformations des extrémités ont pour conséquence une limitation et une *gêne* manifeste dans les *mouvements*, peut-être encore exagérée par un peu d'atrophie et de parésie musculaire. Les coudes et les genoux présentent un certain degré de flexion et leur extension complète est presque impossible ; de plus on constate une impotence fonctionnelle très marquée des extrémités, et les malades sont particulièrement maladroits de leurs mains.

Enfin les *douleurs* articulaires sont la règle, au point que plusieurs observations ont été décrites comme des affections rhumatismales.

Un point intéressant à relever dans plusieurs observations cliniques, c'est l'évolution par *poussées* avec gonflement, suivies de régression temporaire, sans aller jusqu'au retour complet au volume normal.

Après ce tableau rapide des principaux caractères de la maladie, il nous reste à signaler quelques particularités secondaires.

On a noté quelquefois l'augmentation de volume du *nez*, surtout vers son extrémité ; il présente assez souvent des varicosités assez développées et une coloration rouge manifeste. Plus rarement, les *paupières* et les *oreilles* sont allongées et épaissies.

Les glandes sébacées prennent un développement excessif ou plutôt une dilatation considérable, sur la *peau de la face;* à la face dorsale des doigts, on remarque une exagération de la sueur. Enfin, on rencontre sur la peau, principalement au niveau des jambes, des lésions variées, véritables troubles de nutrition, telles que *l'eczéma*, *l'ichtyose* et des *taches pigmentaires*.

Certains troubles digestifs: augmentation de l'appetit avec polydipsie, ont été notés par Marie; d'autres fois on a observé quelques accidents nerveux multiples : engourdissement, troubles de la sensibilité.

Les *yeux* présentent parfois une diminution de l'acuité visuelle, mais les autres organes des sens restent intactes.

Les symptômes généraux varient d'intensité par ce fait que l'ostéo-arthropathie n'est pas une maladie propre, mais un état morbide survenant dans le cours d'une affection antérieure, grave par elle-même et qui règle le pronostic général. Cependant, dans la majorité des cas, on voit les malades condamnés à une déchéance rapide, et la mort est survenue dans plusieurs observations.

Au point de vue de l'*évolution* de la maladie, nous avons déjà dit que l'ostéo-arthropathie hypertrophiante procédait par *poussées;* mais il est curieux de remarquer au sujet du *pronostic* que la marche de l'affection est en rapport étroit avec l'état pathologique de l'appareil pleuro-pulmonaire ou bronchitique, qui en a été la cause productrice. Une observation de Moussous est intéressante à ce sujet. Un malade atteint de pleurésie purulente fut traité par la thoracentèse et les injections intra-pleurales de sublimé. Celles-ci furent bientôt suivies d'une diminution de l'épanchement, et finalement il y eut guérison complète. Pendant le cours de la maladie, on vit parallèlement aux symptômes pleuraux, se modifier peu à peu, jusqu'à disparition totale, l'hy-

Digitized by Google

pertrophie des phalanges unguéales qui s'étaient développées durant le cours de la pleurésie purulente.

Quoi qu'il en soit, si la maladie se prolonge, le gonflement épiphysaire des os fait place à des déformations au voisinage des grandes articulations et du rachis. Cependant, dès que l'hypertrophie a atteint son maximum, les parties restent en l'état, et la cause morbigène ne se manifeste plus que par des exacerbations douloureuses ; d'ailleurs celles-ci ne s'accompagnent d'aucun phénomène inflammatoire et on n'a jamais vu ces arthropathies atteintes de suppuration.

Quoique ces déformations ostéo-articulaires pneumiques, se présentent avec des caractères bien nets, le *diagnostic* en est encore assez délicat, et l'affection a été confondue quelquefois avec d'autres maladies ostéo-articulaires présentant avec elle quelques points de ressemblance apparente ; il convient maintenant d'esquisser en quelques lignes les principaux points du diagnostic différentiel de ces différentes affections.

L'ostéite déformante ou *maladie de Paget* a été parfois confondue avec l'ostéo-arthropathie hypertrophiante. D'une façon générale, elle est constituée par une augmentation de volume avec déformations intéressant les os longs des membres, les os du crâne et du tronc. Les os longs des membres ont subi une augmentation de volume et une incurvation notable, de là des attitudes particulières, les genoux et les pieds sont écartés et quelquefois les jambes sont croisées en X ; le tronc et le cou sont fortement fléchis en avant, par suite des lésions rachidiennes. La diminution de la taille, par le fait des lésions rachidiennes, et le raccourcissement des membres inférieurs par suite de leur incurvation, donnent au malade une attitude simiesque des plus caractéristiques. Le crâne est volumineux, il déborde de beaucoup la face qui reste normale, ce qui forme un ensemble souvent grotesque.

Cet ensemble suffira à faire distinguer la maladie de Paget de l'ostéo arthropathie pneumique qui respecte les os du crâne et de la face, et se montre sur les os symétriques des extrémités et sur les epiphyses des os longs avec conservation de l'état normal pour la diaphyse. De plus l'ostéite de Paget s'observe dans les deux sexes, alors que l'ostéo-arthropathie hypertrophiante n'atteint que les hommes.

Le *rhumatisme chronique* s'en distingue par l'existence de poussées douloureuses, beaucoup plus vives que celles de l'ostéo-arthropathie ; en outre les phénomènes de fluxion y laissent souvent des reliquats inflammatoires sous forme de craquements dans les jointures. Mais c'est surtout la déformation bien spéciale des dernières phalanges qui établira nettement la distinction.

L'*acromégalie*, bien étudiée par Marie, se reconnaîtra surtout par les caractères suivants : tout d'abord l'origine de la maladie est spontanée et non secondaire comme les déformations articulaires pneumiques. Dans l'acromégalie la tête est volumineuse, et sur la face, allongée fortement en ovale, le nez prend des proportions considérables. Le maxillaire inférieur présente des dimensions exagérées, avec ouverture manifeste de l'angle de la mâchoire, d'où absence d'adaptation des arcades dentaires, l'inférieure se trouvant sur un plan antérieur. Il en résulte un allongement de la face et une saillie du menton connue sous le nom de prognatisme. On observe encore une série de signes, qui fait défaut dans l'ostéo-arthropathie hypertrophiante ; ce sont par exemple : l'augmentation du volume des lèvres, surtout de l'inférieure, de la langue, des oreilles et du cou, avec troubles fonctionnels consécutifs de la mastication et de la parole. Au contraire les déformations du maxillaire supérieur habituelles à l'ostéite pneumique font défaut dans l'acromégalie. Mais ce n'est pas tout encore. La déformation de la colonne vertébrale est fréquente, et la cyphose est pour ainsi dire constante. Dans l'acromégalie, il en résulte que la tête penche et reste inclinée en avant, et paraît s'enfoncer entre les deux épaules.

Les mains sont volumineuses, en battoir, et cela dans leur totalité, toutes les parties qui la constituent sont augmentées de volume, alors que dans l'ostéo-arthropathie hypertrophiante, l'accroissement de volume se montre étroitement sur les extrémités des métacarpiens, surtout sur la troisième phalange. Les doigts, dans l'ostéite pneumique, sont un peu allongés, mais surtout élargis ; par suite du renflement considérable de la phalangette, les doigts prennent l'aspect d'une baguette de tambour ; rien de cela ne se voit dans l'acromégalie. De même, dans cette dernière, l'ongle en bec de perroquet ou en verre de montre n'existe point, et l'ongle, un peu petit, est presque perdu entre les bourrelets cutanés, latéraux, gonflés.

Les orteils, dans l'acromégalie, ne sont pas déformés, mais ils sont énormes ; les pieds sont plats.

A ces caractères différentiels entre les deux maladies, nous ajouterons que l'acromégalie peut s'observer chez la femme, ce qu'on n'a point vu encore, pour l'ostéo-arthropathie d'origine pneumique. Enfin, dans cette dernière affection, on n'a point noté d'hypertrophie du corps pituitaire observé parfois dans l'acromégalie, et qui a pour conséquence une compression sur le chiasma optique, avec troubles de la vue variés, douleurs oculaires, rétrécissement du champ visuel, myosis, exophthalmie, affaiblissement de la vision et même cécité ultime.

Nous ne ferons que signaler la paralysie vasomotrice des extrémités ou *érythromégalie* comme pouvant être confondue avec les déformations ostéo-articulaires consécutives à la pleurésie purulente. On sait qu'elle est caractérisée par une coloration rouge livide des mains et des doigts, avec douleur et engourdissement de ces parties, le volume des doigts plus grand à leur base qu'à leur extrémité, l'insensibilité cutanée des derniers segments des membres, etc.

Dans la cachexie pachydermique ou *myxœdème*, l'augmentation de volume du corps est due à une tuméfaction des parties molles ; les téguments présentent un œdème dur, jaunâtre, avec adhérence intime aux tissus sous-jacents, d'où immobilité absolue de la peau au niveau des régions malades.

Enfin, les notions étiologiques et les caractères généraux de la maladie la feront distinguer encore des doigts

Digitized by Google

hippocratiques des *tuberculeux* et des déformations des doigts chez les malades atteints de *maladie bleue*.

La *pathogénie* et la nature intime de l'ostéite hypertrophiante est certainement la partie la plus délicate et la moins connue de son histoire ; il faut bien avouer que, sur ce sujet, on est réduit encore à invoquer des hypothèses plus ou moins plausibles. Il est vraisemblable d'admettre, dit Marie, que, sous l'influence de micro-organismes, la production au niveau de lésions de l'appareil respiratoire, de substances purulentes ou fermentées passant ensuite dans la circulation, exerce une action élective sur certaines parties des os et des articulations pour déterminer les lésions de l'ostéo-arthropathie hypertrophiante.

Ces lésions sont donc sous la dépendance causale de la suppuration, non pas de la suppuration en général (car des coxalgies et des maux de Pott suppurant depuis longtemps n'ont jamais été suivis de semblables déformations ostéo-articulaires), mais de la suppuration dans la plèvre, le poumon, et peut-être même les bronches. Le rapport étroit entre ces éléments a été démontré par l'intéressante observation de Moussous, dont nous avons déjà parlé, dans laquelle la diminution, puis la disparition totale des déformations osseuses s'opèrent parallèlement à la guérison progressive de la pleurésie purulente qui leur avait donné naissance.

Les *altérations anatomiques* de l'affection sont encore mal connues ; dans un cas bien étudié par Lefebvre, il y avait ostéo-périostite avec ostéite condensante et raréfiante, avec suractivité des éléments médullaires qui entraient rapidement en dégénérescence graisseuse dans les parties centrales. Au point de vue chimique, l'altération consiste en abondance considérable des sels de magnésie et de graisse.

Si maintenant nous résumons en quelques lignes les caractères de la maladie que nous venons de décrire, nous dirons que, sous l'influence de suppurations peut-être de qualité spéciale de la plèvre ou du système broncho-pulmonaire, il peut s'opérer des déformations osseuses et articulaires manifestes. Celles-ci se localisent symétriquement à la périphérie. Par ordre de fréquence, elles occupent les phalanges unguéales de la main et du pied, les articulations du poignet, du coude-pied, métacarpo-phalangiennes, médiotarsiennes, coude, genou, sterno claviculaires, intervertébrales. Ces lésions sont accompagnées de déformations unguéales d'un aspect tout particulier.

Tels sont les caractères de cette curieuse affection, encore peu connue, sur laquelle nous appelons l'attention des cliniciens.

Dr E. Barié
Médecin des hôpitaux.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

I. *Traitement de la rupture utérine produite pendant l'accouchement.* — II. *De l'antisepsie en obstétrique.*

I. Traitement de la rupture utérine pendant l'accouchement (1). — La rupture utérine est un accident très grave, heureusement assez rare ; elle est à craindre surtout pendant l'accouchement, lorsqu'il existe une présentation vicieuse, un rétrécissement du bassin, de l'hydrocéphalie, lorsque des manœuvres opératoires ont été mal conduites ou principalement que de l'ergot de seigle a été administré intempestivement.

La lésion intéresse de préférence le segment inférieur ; elle entraîne très fréquemment la mort du fœtus et de la mère.

Quelles sont les ressources que l'obstétrique met à la disposition du médecin pour remédier autant que faire se peut à une complication si redoutable ?

Il n'y a que trois manières d'agir :

1° Ou abandonner la femme aux seuls efforts de la nature (expectation) ;

2° Ou extraire l'enfant par les voies naturelles ;

3° Ou faire la gastrotomie.

Expectation. — Cette méthode, subie d'abord par les auteurs qui considéraient la rupture utérine comme absolument incurable et fatale, est aujourd'hui abandonnée de tous. On est autorisé à ne pas intervenir que dans un seul cas : c'est quand la femme est arrivée au dernier degré de l'affaiblissement et du collapsus, et que la mort est proche et inévitable.

Extraction du fœtus par les voies génitales. — Cette méthode donne de bons résultats, mais elle doit se rapporter à des indications bien nettes.

Le cas le plus simple est celui où l'enfant est resté dans l'utérus et où la déchirure est peu étendue. Si on reconnaît une présentation du sommet dans un bassin normal, on terminera l'accouchement par une application de forceps. Mais il y a ici quelques précautions particulières à prendre. La déchirure qui a ouvert le sac utérin est parfois disposée de telle sorte que le fœtus n'est plus solidement fixé par la matrice ; la tête, aisément refoulée par la main de l'accoucheur, remonte et fuit devant le forceps ; il faut donc faire saisir cette tête à travers la paroi abdominale, et maintenir fermement la présentation en rapport avec le détroit supérieur. La même précaution sera de mise si, le forceps étant inapplicable ou le bassin rétréci, on est obligé de recourir à la basiotripsie. Pour broyer la tête du fœtus, cette opération est ici, comme partout d'ailleurs, de beaucoup préférable soit à la céphalotripsie, soit à la cranioclasie.

La version podalique est formellement contre-indiquée : elle aurait pour conséquence presque inévitable l'agrandissement de la déchirure.

Tout autre est la situation si l'enfant a passé en totalité ou en partie dans la cavité péritonéale. Avec un bassin normal et une plaie utérine large, il sera assez facile, si besoin est, d'aller chercher les pieds, même en dehors de l'utérus, et de pratiquer la version podalique. Si la tête se présente franchement, et si elle se laisse saisir, le forceps est indiqué.

Avec un bassin rétréci et une plaie utérine large, le forceps ou le basiotribe seront peut-être bien difficilement placés ; il est plus avantageux d'aller chercher les pieds, quitte à broyer la tête venant dernière, lorsque le tronc sera hors des voies génitales.

La rétraction de la plaie utérine sur le corps du

(1) Brossard, *Thèse*, Paris, 1890.

Digitized by Google

fœtus, qui l'a traversée, apporte un obstacle de plus à surmonter. Cette rétraction succède d'habitude à l'absorption d'ergot de seigle. Il est très mauvais d'agrandir de force la plaie utérine pour extraire le fœtus, et il est préférable de recourir à la laparotomie.

Si le fœtus est complètement passé dans la cavité péritonéale, on aura peut-être beaucoup de peine à aller le chercher par les voies génitales en insinuant la main à travers la plaie utérine. L'état de cette plaie doit être examiné, et si elle est infranchissable, la *gastrotomie* sera le procédé de choix.

Telle est la conduite à tenir pour l'extraction du fœtus; mais le délivre peut, lui aussi, avoir quitté la cavité utérine et s'être perdu au milieu des anses intestinales. Lorsque le cordon pend dans le canal génital, on peut essayer de faire la délivrance à l'aide de tractions prudemment conduites; il est plus sûr de mettre la main dans l'utérus et d'examiner la déchirure : si elle est trop étroite et trop rétractée, l'indication est d'ouvrir le ventre et de faire la délivrance par la gastrotomie.

La laparotomie sera, selon les cas, suivie de l'amputation utéro-ovarique ou de la suture de la plaie utérine.

Le lavage du péritoine, l'antisepsie la plus rigoureuse sont recommandés.

Le traitement général ne doit pas être négligé; les stimulants, l'alcool à l'intérieur rendront de grands services.

En résumé, la laparotomie est exclusivement réservée aux cas où l'extraction par les voies naturelles est impossible.

Mais, il faut le reconnaître, si bien menées que soient ces interventions, elles laissent toujours après elles un pronostic des plus douteux. Aussi faut-il veiller avec la plus extrême attention à prévenir la rupture utérine : l'examen du segment inférieur, l'ascension de l'anneau de Bandl visible et palpable à travers la paroi abdominale, la tension des ligaments ronds montreront le danger qui menace la parturiente et la nécessité de terminer l'accouchement sans plus tarder.

II. **De l'antisepsie obstétricale.** — M. le Dr Auvard, dans une récente publication, vient d'exposer ses idées personnelles sur ce sujet tout à l'ordre du jour.

Après un chapitre de généralités, l'auteur aborbe l'étude comparative des divers antiseptiques employés en clinique. Les plus sûrs en même temps que les plus commodes sont le sublimé et l'acide phénique. L'acide phénique a l'avantage de ne pas se décomposer et de conserver pendant longtemps son pouvoir microbicide; le sublimé dissous dans l'eau ordinaire se transforme au bout de quelques heures en un sel beaucoup moins actif. Aussi faut-il n'employer que des solutions de bichlorure préparées séance tenante.

M. Auvard se sert de la formule de M. Budin :

Sublimé.....	25 centigrammes
Acide tartrique.....	1 gramme
Solution alcoolique de carmin d'indigo sec à 5 0[0.	I goutte pour 1 paquet.

Les mêmes substances et en même quantité sont mises en pastilles que l'accoucheur peut conserver dans sa trousse.

Cette trousse est l'objet de considérations intéressantes : « L'habitude de placer les instruments au contact direct du cuir est déplorable au point de vue antiseptique, car la poussière, des liquides, des débris divers s'accumulent sur cette enveloppe, quand on ne la protège par aucun autre tissu : cette surface inégale et très difficile à nettoyer devient un véritable centre de pullulation microbienne très propice à l'infection des instruments. Pour éviter cet écueil, je place tous les instruments dans un carré de coutil, assez grand pour que les bords puissent être rabattus et recouvrir tout le contenu; les instruments sont enroulés dans ce tissu, qui lui-même est placé dans l'enveloppe de cuir. Il y a ainsi double enveloppe, l'une de coutil (ou de toile) et l'autre en cuir. La première est lavée tous les quinze jours environ, plus souvent si l'on a quelque doute sur sa propreté, et si on aperçoit des taches à sa surface.

« L'enveloppe de cuir étant, grâce à ce dispositif, dépourvue de toute pièce surajoutée pour maintenir les instruments, présente sur ses deux faces un plan lisse qui peut être facilement essuyé et nettoyé. »

Les sondes et canules en métal se nettoient plus facilement que celles en verre. Il est bon d'avoir dans sa trousse une canule métallique, droite et longue, à laquelle s'adapte un tube-siphon en caoutchouc, qui, plongé dans n'importe quel vase, improvise immédiatement un appareil à injections.

Des bains et des injections vaginales seront prescrits pendant la grossesse; mais la véritable désinfection du vagin ne peut être obtenue que par l'accoucheur ou la sage-femme.

Au moment de l'accouchement, la propreté la plus minutieuse est exigée du médecin; les mains, les doigts, les ongles sont brossés, savonnés, lavés, rincés dans une solution antiseptique.

Chaque fois que l'on pratique le toucher vaginal, il faut plonger de nouveau la main dans le liquide antiseptique. Au moment de la délivrance, on doit être très sobre de toute exploration interne.

Pendant le *post-partum* normal, les injections vaginales sont inutiles; il suffit de prescrire des lavages externes avec de l'eau phéniquée à 1 pour 100; ces lavages seront répétés plusieurs fois par jour, ils seront suivis de l'application sur la vulve d'un gros tampon d'ouate qui fera office de pansement. L'immobilité dans le décubitus dorsal sera exigée pendant les premiers jours; on évitera ainsi la pénétration de l'air et de ses microbes dans le vagin, les deux parois de ce conduit restant en contact, et s'écartant au contraire dans un décubitus latéral trop accentué.

Dans les cas où l'asepsie des voies génitales est douteuse, on prescrit deux ou trois injections par jour, et en outre, après chacune d'elles, l'introduction dans le vagin d'un suppositoire ainsi formulé.

Iodoforme.....	1
Glycérine.....	8
Beurre de cacao.....	q. s.

En cas de complications puerpérales, M. Auvard

Digitized by Google

pratique des injections intra-utérines de la manière suivante :

La femme est placée en position obstétricale ; après toilette vaginale et vulvaire, on saisit l'une des lèvres du col utérin avec une pince à griffe, on abaisse l'utérus, on fait pénétrer dans sa cavité une *curette irrigatrice*, à l'aide de laquelle on lave en même temps qu'on racle la surface interne de l'organe. On injecte en tout deux ou trois litres de liquide antiseptique. — L'opération faite, on termine par le pansement vulvaire.

Les différents cas de dystocie commandent certaines indications spéciales au point de vue antiseptique : tels sont le thrombus, la vaginite, la rigidité du col, le cancer utérin, etc , etc.

Le tamponnement vaginal est pratiqué avec une bande de gaze iodoformée ou simple trempée dans du sublimé à 1 p. 1000. La bande doit avoir 5 mètres de long et 15 centimètres de large ; (comme elle est pliée en double sur toute sa longueur, elle a par suite une largeur totale de 30 centimètres). Ainsi sont évités les inconvénients des bourdonnets classiques d'ouate ou de charpie.

A maintes reprises, on a pu s'en convaincre, se trouvent, dans le livre de M. Auvard (1), une foule de conseils très pratiques dont on peut tirer le plus grand profit.

Dr Demelin.

THÉRAPEUTIQUE OTOLOGIQUE

Traitement des écoulements muco-purulents de l'oreille par le tamponnement hydrophile.

Dans ce journal nous avons décrit la méthode de tamponnement proposée par le Dr Lœwe de Berlin, pour tarir rapidement certains écoulements d'oreille. On se souvient que l'auteur, utilisant la propriété absorbante de la ouate hydrophile, proposait d'opérer par un tamponnement méthodique du conduit auditif externe, à partir de la perforation, un véritable drainage de la cavité tympaniqne. Dans ce premier travail publié dans les numéros 10 et 11, 1888, du journal allemand, *Monatsschrift für Ohrenheilkunde*, Lœwe ne s'occupait que des écoulements séreux aigus ou subaigus qui, en raison de leur fluidité, se prêtaient bien à l'absorption capillaire. Depuis la publication de notre analyse, Lœwe a fait paraître cette année, (juin, juillet, août), dans le même journal, un second travail qui est comme la continuation et le complément du premier et dans lequel il étend sa méthode, avec certaines modifications appropriées, aux écoulements muqueux ou mucopurulents. L'auteur pose d'abord, comme condition indispensable du succès de sa méthode, l'absence de certaines complications (cholestatomes, polypes, carie mastoïdienne). Les expériences auxquelles il s'est livré lui ont révélé les particularités suivantes. Quand, dans un cas donné d'otite moyenne muco-purulente avec pus épais, on applique le tamponnement antérieurement décrit par lui pour les écoulements séreux, et consistant, comme on s'en souvient, après un lavage boriqué de l'oreille, suivi d'une dessication soigneuse et d'une douche d'air, à appliquer une série de petites boulettes de ouate hydrophile bien tassées les unes contre les autres dans le conduit, boulettes dont la plus profonde doit être exactement appliquée contre la perforation tympaniqne, on constate, lorsque l'on lève le pansement au bout de 24 heures, que le pus a subi au contact de la ouate hydrophile une sorte de dissociation de ses éléments, le sérum se laissant entraîner au loin par capillarité tandis que le mucus reste immobilisé au niveau de la surface profonde du tampon et que les leucocytes occupent une position intermédiaire entre les deux. Sous l'influence de la répétition de ce pansement on voit la suppuration s'épaissir, diminuer d'abondance, mais persister indéfiniment.

D'après Lœwe, cette persistance de la suppuration dénote l'existence de fermentations secondaires dont les produits chimiques entretiennent une irritation indéfinie des parties. Seulement, du fait de l'épaississement du pus, ces altérations secondaires s'opèrent moins facilement, d'où la diminution mais non la suppression complète de la suppuration.

Quel est le siège précis de ces fermentations et de l'irritation locale qui en est la conséquence. Tel est le point que l'auteur s'est minutieusement attaché à éclaircir. De deux choses l'une, ces phénomènes se produisent dans quelque recoin de la cavité tympaniqne, ou tout simplement au contact de la surface profonde du tampon avec la perforation.

Si c'est la première hypothèse qui est la vraie, lorsqu'on pratique une injection dans la caisse par la méthode des injections forcées, antérieurement décrites par l'auteur, immédiatement après avoir levé le pansement, le liquide de lavage ne manquera pas de contenir quelques flocons muco-purulents.

Il ne faut pas oublier en effet que Lœwe n'applique sa méthode qu'aux écoulements accompagnés d'une assez large perforation tympanique, et, dans ces conditions, le liquide lancé avec force ne manque pas d'atteindre directement ou par ricochet toutes les anfractuosités de la la caisse. Or, dans ces circonstances, l'auteur n'a retrouvé que tout à fait exceptionnellement du muco-pus dans le bassin qui a servi au lavage.

C'est donc uniquement au niveau de la face profonde du tampon, et au contact de la perforation que se produisent les altérations secondaires du pus, qui sont causes de l'éternisation de l'écoulement.

Ces altérations secondaires, l'auteur a cherché à les prévenir par l interposition d'un agent antiseptique entre le tampon et la cavité suppurante. C'est à l'acide borique en poudre fine qu'il a donné la préférence, mais, au lieu d'employer cet agent à la façon de Berold, consistant à bourrer de poudre boriquée le fond du conduit auditif externe, il en insuffle une toute petite quantité qu'il fait pénétrer dans l'intérieur de la caisse elle-même, sous le contrôle du miroir, au moyen d'un

(1) Auvard. — *De l'antisepsie en gynécologie et en obstétrique*, Paris 1890.

Digitized by Google

insufflateur composé d'un long tube destiné à être introduit jusqu'au voisinage de la perforation et d'un ballon double permettant d'obtenir une force de projection correspondant à une demi-atmosphère. Etudiant comparativement à sa méthode celle de Berold et la méthode des lavages intermittents, Lœwe montre que la première seule empêche d'une façon continue toute rétention du pus dans la caisse et toute fermentation secondaire.

Voici le résumé de la technique adoptée par l'auteur.

On commencera par débarrasser soigneusement le conduit et la caisse de toute substance étrangère (cérumen), au moyen d'injections à forte pression faites avec une solution boriquée qui, au besoin, aura été précédée du séjour dans le conduit de tampons imprégnés d'huile, pour faciliter le détachement du cérumen ; puis on donne plusieurs douches d'air, on sèche et l'on insuffle l'acide borique de la façon indiquée plus haut. Il reste alors à introduire les tampons de ouate hydrophile dont le premier doit pénétrer légèrement à travers la perforation. Au bout de 24 heures, le pansement est levé et renouvelé.

En l'absence de complications osseuses, cette méthode permet d'obtenir en quelques jours le tarissement d'écoulements qui s'éternisaient depuis des mois.

La guérison peut être considérée comme complète quand, après cessation de tout signe d'écoulement, la paroi profonde de la caisse entrevue à travers la perforation tympanique se montre sèche et d'un gris nacré.

On peut alors continuer d'appliquer contre la perforation une très mince couche d'ouate hydrophile qui joue le rôle de tympan artificiel et peut être laissée en place pendant des années.

Un autre avantage important de la méthode de Lœwe signalé par son auteur et dont nous avons pu constater nous-même la réalisation, c'est de provoquer fréquemment la cicatrisation de la perforation, alors même que cette dernière existait depuis des années.

Notre propre expérience nous porte à accorder au pansement proposé par Lœwe une très grande importance pratique et à le considérer comme un des plus grands progrès réalisés depuis longtemps dans le traitement des suppurations de l'oreille.

Dr Luc.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

CHIRURGIE DENTAIRE

Du bromure d'éthyle comme anesthésique, par M. Frederick. — Cet anesthésique a été essayé par Nunnéley, Syncre, Richardson, Gowers, Clover en Angleterre, Terrillon, Bourneville en France, Herz et Schneider dans les pays de langue allemande. Il a été conseillé pour les petites opérations chirurgicales. Aujourd'hui, l'auteur, donne le résultat de son emploi en chirurgie dentaire à Guys' Hospital (*The Practitionner*, mars 1891, p. 344).

Il a fait usage de l'inhalateur d'Ormsby et obtenu une anesthésie très rapide, pas d'excitation pendant la période de début, à condition que le produit soit absolument pur.

Par contre, le bromure d'éthyle est instable, son emploi prolongé irrite l'intestin; au début des inhalations, il peut provoquer l'arrêt du cœur et plus tard celui de la respiration. Ces dangers lui sont communs avec d'autres dérivés de l'iode et du brome.

M. Frederick espère atténuer ces inconvénients par le mélange du bromure d'éthyle avec l'éther, et conclut que cet anesthésique mérite d'être étudié. Actuellement, il n'est indiqué que dans les cas de petites opérations dentaires ou autres.

S. R.

Carie d'une dent de prothèse, par M. J.-R von Metnitz. — On connaît aujourd'hui la pathogénie de la carie dentaire ; d'un côté, acidité de la cavité buccale, qui ramollit l'émail en dissolvant les sels de chaux ; de l'autre, micro-organismes qui pénètrent, grâce à la moindre résistance de la dent, à l'intérieur des canalicules de la dentine (*Wien. Klin. Woch.*), 7 mai 1891.

On avait déjà noté que les dents de cadavre étaient sujettes à s'altérer ; l'auteur vient de constater que le processus de la carie pouvait se faire sur les dents de prothèse provenant de l'éléphant, du morse ou de l'hippopotame. Au microscope, une dent d'hippopotame ainsi altérée offre ses canalicules de la dentine bourrées de microcoques.

C'est pour éviter ces altérations que les dentistes n'emploient plus guère que les dents artificielles en porcelaine. H. G.

GYNÉCOLOGIE

Le chlorhydrate de quinine et de fer en gynécologie, par M. J. Kersch. — Le sel amorphe est soluble dans l'eau, l'alcool et plus difficilement dans l'éther. Il agit comme hémostatique sur les plaies et possède une action coagulante équivalente à celle du perchlorure de fer. Pour ce motif on l'a prescrit contre les métrorrhagies post partum et les ménorrhagies (*Pharmaceut. Post*, 1891, p. 172).

On le prescrit en solution au dixième à raison de dix gouttes d'heure en heure ou de deux en deux heures. M. Kersch en a fait contre les ménorrhagies l'usage suivant :

Pendant les règles, dix gouttes de la solution au dixième à faire ingérer cinq ou six fois par jour.

Ajoutons, remarque favorable à ce médicament, le sel n'est point en contact avec la muqueuse gastrique. Par contre, c'est un toxique cardiaque puissant. S. R.

MÉDECINE

Xanthopsie, héméralopie et nyctalopie des ictériques, par M. A. Henrio. — La xanthopsie des ictériques ne compte pas parmi les phénomènes fréquents chez ces malades. Cette rareté relative tient peut-être à l'absence d'un examen suffisant, comme peut le faire un ophthalmologiste (*Intern. Klin. Rundsch.*, 11 et 12, 1891).

La xanthopsie ou cécité pour le bleu se produit lorsqu'il y a extinction complète des rayons bleus et violets et partielle des autres couleurs, par suite de l'imbibition de la cornée par une forte proportion de bile, imbibition qui imprègne tous les tissus de cette membrane, nerfs, ganglions nerveux, noyaux et envahit les autres milieux de l'œil.

Deux phénomènes se trouvent plus fréquemment que la xanthopsie, ce sont l'héméralopie et la nyctalopie. Cependant en quinze ans, l'auteur n'a pu en observer que deux cas bien nets.

L'héméralopie ou cécité nocturne se produit dans les moments où la lumière indécise, au crépuscule par exemple, renferme très peu de rayons jaunes, les seuls bien visibles et beaucoup de rayons bleus non perçus ou plutôt perçus noirs. Le phénomène s'accentue avec la venue de la nuit ; le matin, à l'aurore, même symptôme, mais qui disparaît avec le plein jour.

La nyctalopie ou cécité diurne, qu'il ne faut pas confondre avec la photophobie où la vision est intacte, consiste dans la

Digitized by Google

cécité diurne. La nyctophobie ne se confond pas non plus avec l'héméralopie ; mais peut s'associer à cet état.

Sauf une teinte jaune-orange du fond de l'œil, la coloration jaune des milieux, et parfois plus ou moins de mydriate, l'examen ophtalmologique ne donne aucun renseignement, du moins d'après les deux faits observés par l'auteur.

Hirschberg et Landois, et beaucoup d'autres physiologistes admettent que la cause de la xanthopsie réside dans l'imbibition des parties constituantes de l'œil. Cette explicatiou est trop simple pour être vraie. En effet, pourquoi tous les malades ne voient-ils pas plus ou moins jaune? Pourquoi l'intensité de l'ictère ne commande-t-elle pas le phénomène?

Dans l'ictère, comme dans l'absorption de santonine ou d'acide picrique, il s'agirait non d'un phénomène périphérique, mais d'un phénomène central, dépendant de l'impressionnabilité plus ou moins grande des centres nerveux. H. G.

Un procédé clinique de recherche de l'acetone dans l'air expiré, par M. E. Reale. — On sait que l'acetone est révélée par l'odeur de l'haleine (*Riforma Medica*, 25 avril 1891).

Le procédé suivant permet de mieux déceler cette substance. On fait expirer le malade dans un tube, recourbé et plongeant dans un mélange réfrigérant. La vapeur d'eau, en se consendant, retient l'acetone que l'on reconnait à son odeur. De plus, il est possible d'en obtenir la réaction caractéristique, en traitant ce liquide par une solution de potasse caustique et une solution iodo iodurée. On obtient la formation d'iodoforme.

S. R.

REVUE DES LIVRES

Traité d'anatomie topographique en applications à la chirurgie, par M. le Dr Tillaux, professeur de médecine opératoire à la Faculté de Paris, chirurgien à l'Hôtel-Dieu. (Asselin et Houzeau, 1890).

Nous saluons avec joie l'apparition de la 6e édition de l'anatomie topographique de notre cher maitre, le professeur Tillaux. Inutile de recommander une pareille œuvre ; son succès témoigne suffisamment de l'excellence du contenu. Nous devons cependant prévenir nos lecteurs que cette édition diffère sensiblement de la précédente, parue il y a trois ans à peine. C'est que la chirurgie, comme le dit notre maître, est en voie de métamorphose, et telle région qui passait, il y a quelques années, pour n'intéresser que le médecin, a pris aujourd'hui une grande importance chirurgicale. Ce sont surtout les chapitres concernant l'abdomen qui ont été modifiés, et on y a ajouté d'importantes figures sur le mésentère, le grand épiploon, les voies biliaires, l'estomac, le gros intestin et les organes génitaux de la femme. Nous prédisons à la nouvelle venue, bonheur et prospérité.

E. S.

Affections congénitales, par MM. les Drs Lannelongue et Menard, (T. 1). *Tête et cou. Maladies des bourgeons de l'embryon, des arcs branchiaux et de leurs fentes.* — Paris (Asselin et Houzeau 1890).

Ce volume continue la série, déjà si riche, des œuvres de M. Lannelongue ; il est empreint comme les précédents, d'un grand esprit philosophique.

L'ouvrage comprend trois parties : la première contient l'histoire des affections dues à la persistance des fentes embryonnaires de la tête et du cou ; le savant professeur a comblé une lacune importante en recherchant dans les diverses régions de la tête et du cou les conditions spéciales des fissures, fistules et kystes relevant de la persistance des fentes, et en étudiant l'histoire clinique de ces affections jusqu'ici très incomplète. L'étude du bec de lièvre y occupe une place importante. Dans la deuxième partie, il étudie les troubles, portant sur les bourgeons de la face et les arcs branchiaux. Dans cette partie où tout se trouve envisagé avec méthode depuis les atrophies légères et superficielles de la face jusqu'aux atrophies complexes comprenant la cyclopie, M. Lannelongue étudie avec soin l'origine des os intermaxillaires. La troisième partie comprend un exposé succinct des tumeurs congénitales de la tête et du cou.

M. Lannelongue a intercalé dans le texte un grand nombre de figures qui en rendent la lecture facile et attrayante. L'ouvrage est encore enrichi de nombreux et intéressants index bibliographiques. En utilisant de la sorte les belles ressources dont il dispose à l'Hôpital Trousseau, M. Lannelongue sert et honore la science française. Nous ne pouvons que l'en féliciter.

E. Schwartz

De la circoncision. — *Indications et manuel opératoire*, par M. le docteur Félizet, chirurgien de l'hôpital Tenon, avec 10 figures. (Paris, G. Masson, 1891).

M. Félizet n'a pas craint d'écrire un mémoire de 48 pages sur une opération si simple en apparence mais si généralement mal faite. Nous l'en félicitons; son mémoire est intéressant, le phimosis se rencontre bien souvent dans la pratique et je n'hésite pas à dire que le plus souvent les médications en sont mal comprises. Indications et manuel opératoire y sont très bien exposés. Je recommande le procédé ingénieux dit des trois fils qu'il substitue à la dilatation, peut-être trop condamnée par l'auteur. P.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

OPHTALMOLOGIE

Traitement de l'iritis aiguë

Le diagnostic de l'iritis est facile. La douleur péri et sus-orbitaire, l'injection périkératique, la contraction de la pupille et sa déformation parfaitement visible à l'éclairage latéral, sont des symptômes précis qui ne doivent laisser aucun doute dans l'esprit. En cas d'indécision (conjonctivite ou iritis), il est très simple et tout à fait indiqué d'instiller quelques gouttes d'un collyre à l'atropine.

Sulfate neutre d'atropine.... 0,10 centigr.
Eau distillée..... 20 grammes

auquel on peut associer le collyre suivant, pour augmenter l'effet mydriatique :

Chlorhydrate de cocaine... 0,50 centigr.
Eau distillée..... 20 grammes

Quelques minutes après, les adhérences iriennes (synéchies postérieures) apparaissent. Il n'y alors qu'à continuer l'emploi des deux collyres précédents, qui, après avoir aidé à diagnostiquer l'affection, forment la base de la thérapeutique de l'iritis.

Il est une affection qui, au premier abord, pourrait en imposer pour une iritis (douleurs violentes péri et sus-orbitaires, injection périkératique, etc.). C'est le *glaucome aigu*. Ici la confusion serait d'autant plus regrettable que les mydriatiques sont absolument contre-indiqués et exaspèrent les symptômes glaucomateux. Mais, comme nous l'avons fait remarquer ici même et dans un article tout récent, il est deux signes qui appar-

Digitized by Google

tiennent au glaucome aigu et qui font défaut dans l'iritis : *la dilatation et l'immobilité de la pupille*, signe capital et *la dureté considérable du globe de l'œil* (bille de marbre).

L'arthritisme et la syphilis se partagent la pathogénie de l'iritis. Y a-t-il un seul signe qui permette d'affirmer à première vue que l'on se trouve en présence d'une iritis rhumatismale ou d'une iritis syphilitique? Non. L'interrogation minutieuse du malade, les commémoratifs, un ensemble de symptômes font plutôt pencher la balance d'un côté que de l'autre. Mais, sauf la gomme iridienne, qui constitue une forme d'iritis spéciale, il n'y a pas un seul signe pathognomonique de l'iritis syphilitique ou rhumatismale.

Les mydriatiques doivent tout d'abord être prescrits.

Lorsque la poussée iridienne remonte à plusieurs jours, que les synéchies postérieures semblent devoir être résistantes, il ne faut pas hésiter à employer le collyre à l'atropine au 1 0/0.

Sulfate neutre d'atropine...	0,20 centigr.
Eau distillée.....	20 grammes

que l'on abandonne si le malade ne le supporte pas (sécheresse de la gorge, hallucinations, délire, etc.), et que l'on remplace par le collyre suivant :

Sulfate neutre de Duboisine	0,10 centigr.
Eau distillée.....	15 grammes

De même si l'on se trouve en présence d'un de ces malades dont la conjonctive ne supporte pas les instillations répétées d'atropine. Ces cas sont rares (1 sur 1500 environ) ; chez ces malades la conjonctive s'enflamme, les follicules s'hypérhémient ; il y a du larmoiement, de la photophobie, et chaque instillation devient le point de départ de douleurs assez vives. On assiste au développement d'une conjonctivite atropinique qui se produit avec les solutions les plus pures, les mieux stérilisées.

Lorsque la réaction inflammatoire est intense, que les mydriatiques ont de la peine à déchirer les adhérences, que les malades accusent de l'insomnie, deux moyens sont souverains :

1° L'application de quatre sangsues à la tempe.

2° Une injection de morphine.

Chlorhydrate de morphine...	0,20 centigr.
Eau distillée de laurier-cerise	10 grammes

Cette injection, non seulement calme la douleur, *mais triomphe de l'éréthisme iridien et facilite l'action du mydriatique.*

Pendant la journée, on fait appliquer toutes les heures environ, sur l'œil malade, du coton hydrophile trempé dans de l'eau de camomille très chaude. Ces fomentations chaudes doivent durer de 4 à 5 minutes; si l'iritis est franchement rhumatismale, je prescris les cachets suivants :

Salicylate de soude.....	10 grammes

en 15 cachets;
en prendre 3 par jour.

Les rhumatisans ayant de la tendance à s'anémier, je joins couramment au salicylate quelques préparations arsenicales, soit sous forme de liqueur de Fowler (VII gouttes par jour), soit en pilules d'après la formule suivante :

Acide arsénieux.....	5 centigr.
Fer réduit.....	1 gramme
Extrait de quassia amara.	2 grammes

f. 50 pilules
en prendre une à chaque repas.

Lorsque le salicylate de soude n'est pas supporté, on peut le remplacer par le sulfate de quinine à la dose de 75 centigrammes par jour, ou par la potion suivante, que l'on fait prendre à la dose d'une à deux cuillerées à soupe chaque soir :

Teinture de colchique	10 grammes
Sirop de sucre.....	30 grammes
Alcool à 45°.....	5 grammes
Eau.....	120 grammes

f. potion

Dans l'iritis syphilitique, il faut faire pratiquer immédiatement sur le sourcil deux fois par jour, pendant 4 ou 5 minutes, avec la pommade suivante (un gros pois) :

Onguent napolitain..	20 grammes
Extrait de belladone.	1 gramme

Indépendamment de ces frictions locales, le malade doit se faire chaque jour, sur les membres, une friction avec gros comme une noisette d'onguent napolitain, au milieu des articulations du coude et du genou, alternativement sur l'une et sur l'autre pendant sept ou huit minutes chaque fois, et il prendra immédiatement avant chacun des principaux repas une cuillerée à soupe de la solution suivante :

Iodure de potassium.	15 grammes
Eau distillée.....	150 grammes

Après quinze jours de ce traitement en moyenne, je substitue aux frictions et à l'iodure, le sirop de Gibert, à la dose d'une cuillerée à bouche tous les matins dans une tasse de lait chaud.

Lorsque les phénomènes inflammatoires sont dissipés, s'il persiste encore quelque infiltration du côté de la cornée (kératite ponctuée), si la résolution du cercle périkératique se fait lentement, comme cela arrive fréquemment lorsque la région ciliaire a pris part à l'infection spécifique, je prescris au malade les massages suivants :

1° Instiller dans l'œil malade une fois par jour 6 gouttes du collyre suivant :

Chlorhydrate de cocaïne...	0,50 centigr.
Eau distillée.....	20 gr.

2° Deux minutes après l'instillation du collyre, entrer, à l'aide d'un petit pinceau, entre les paupières, gros comme la tête d'une épingle de la pommade suivante :

Vaseline.....	10 grammes
Lanoline	5 grammes
Mercure métallique.....	5 grammes

La pommade étant introduite entre les paupières, exercer avec l'index un léger massage sur le globe de l'œil à travers la paupière supérieure, pendant deux ou trois minutes.

Dr A. Dehenne.

Digitized by Google

TRAVAUX ORIGINAUX

Deux cas de kystes gélatineux de l'ovaire

Par M. le Dr Ed. Schwartz
Chirurgien de l'hôpital Cochin; Agrégé de la Faculté

Les deux observations suivantes m'ont paru intéressantes non pas au point de vue opératoire qui n'a présenté rien de particulier, mais au point de vue clinique.

Dans la première, il s'agit d'une femme de 69 ans, qui, il y a trois mois seulement, j'insiste sur cette marche rapide, a été prise d'une métrorrhagie sans aucune manifestation douloureuse. Elle s'est aperçue qu'à partir de ce moment son ventre augmentait de volume, en même temps qu'elle avait un écoulement sanguin intermittent. Elle insiste beaucoup sur cette évolution rapide de la tumeur, et ses renseignements sont d'ailleurs confirmés par le docteur Thuvien (de Neuilly).

A mesure que l'abdomen grossissait, elle maigrissait, perdait ses forces, et, depuis quelques jours, ses membres inférieurs et toute la région hypogastrique présentait une tuméfaction qui ne fait qu'augmenter.

L'examen nous permet de constater l'existence d'une grosse tumeur kystique, occupant tout l'abdomen jusqu'à l'épigastre; les téguments du bas-ventre sont œdématiés ainsi que les deux membres inférieurs. Le toucher vaginal permet de constater la mobilité complète et l'indépendance de l'utérus.

Il s'agit certainement d'un kyste ovarique qui, vu le développement rapide, la sensation obscure de fluctuation et l'absence d'issue du liquide par une ponction exploratrice, est probablement de nature gélatineuse.

La malade, se sentant faiblir et commençant à éprouver de la dyspnée, accepte l'opération qui lui est proposée.

L'ovariotomie est pratiquée le 24 juillet 1888. Il s'agit, en effet, d'un énorme kyste gélatineux avec adhérences intimes à tout le grand épiploon qui en est détaché. Il se rompt à plusieurs reprises pendant l'évacuation et l'extraction, et l'on retire, soit de lui, soit du ventre, 18 kilos de gelée de couleurs diverses. Le kyste, une fois dehors, on constate que son pédicule est large et légèrement tordu. Il est lié et excisé. Du côté gauche, l'ovaire est kystique aussi et enlevé. Lavage du péritoine à l'eau bouillie, qui ramène nombre de fragments de gélatine. Suture de la paroi aux crins de Florence.

Dès le lendemain, avec une température de 38°,6 le soir, retombant définitivement à 37° dès le jour suivant, la malade est prise d'une polyurie très remarquable; il semble qu'elle pisse son œdème, car, en même temps, paroi abdominale et membres inférieurs désenflent à vue d'œil et, au bout de trois jours de polyurie (3 à 4 litres d'urine par jour), tout œdème a complètement disparu.

Ce qu'il y a d'intéressant encore, c'est que cette malade est actuellement encore guérie, elle se porte bien (voilà tantôt quatre ans qu'elle a été opérée), et nous savons tous le pronostic ordinairement fâcheux des kystes colloïdes qui récidivent et se généralisent fréquemment (ce sont des épithéliomas mucoïdes types).

La seconde observation nous montre précisément cette généralisation précoce, qui n'a pu être établie par le diagnostic.

Il s'agit cette fois d'une femme âgée de 49 ans qui entre à l'hôpital Cochin au mois de février dernier. Aucun antécédent important à noter. Elle-même rapporte le début de son affection au mois de novembre 1890. A ce moment seulement elle a constaté l'existence d'une tumeur occupant le flanc droit; à peine accuse-t-elle avoir éprouvé avant cette époque un sentiment de pesanteur dans le bas ventre, quelques malaises, aucun trouble de la miction et de la défécation. En décembre 1890, son ventre augmenta rapidement de volume et la tumeur, devenant chaque jour plus volumineuse, atteint la ligne médiane, la dépasse et remplit la partie latérale gauche de l'abdomen.

Elle a beaucoup maigri depuis trois mois.

L'examen nous permet de diagnostiquer une tumeur kystique; le rapide développement, l'obscurité de la fluctuation qui n'est pas franche, et l'amaigrissement rapide me font poser devant mes élèves le diagnostic de kyste gélatineux de l'ovaire droit, très probablement.

La malade est opérée le 28 février. On tombe en effet sur un énorme kyste colloïde, à grosses loges contenant des liquides distincts, une grande partie, vu la minceur des parois, s'écoule dans le ventre entre les anses intestinales et dans le petit bassin, malgré l'évacuation rapide après large incision de la poche. Je constate nettement, une fois toute la masse extraite, que tout le péritoine pariétal et le revêtement séreux de l'intestin est parsemé d'une multitude de noyaux blanc-grisâtre de petits grains de même couleur, et qui sont entièrement de nature cancéreuse. L'un d'eux d'ailleurs est enlevé au niveau de l'incision abdominale, et l'examen confirme sa structure cacirnomateuse. Lavage du péritoine avec dix litres d'eau bouillie qui ramène beaucoup de gelée, puis, une fois la toilette bien faite, sutures au crin de Florence. Ovaire gauche sain.

La malade a parfaitement guéri et, qui plus est, elle est sortie en beaucoup meilleur état de santé. Le seul fait anormal qu'elle ait présenté pendant sa convalescence est une ascension de température du 12e au 15e jour puis du 18e au 25e sans aucune cause appréciable.

Dans les deux observations je noterai le rapide développement de la tumeur, l'obscurité de la fluctuation et la dépréciation de l'état général; la premiere a été remarquable par cet œdème par compression disparu aussitôt le kyste enlevé et éliminé par les reins; la seconde nous a présenté une généralisation péritonéale et malgré cela la malade a parfaitement guéri, sans qu'il nous soit possible de dire combien dureront cette guérison opératoire et le soulagement de l'état général.

Cette note était déjà rédigée et imprimée quand nous avons eu l'occasion de la revoir trois mois après l'opéra-

(1) *Société médico-pratique* du 27 avril.

Digitized by Google

tion. Elle était atteinte d'une énorme collection purulente de toute la fosse iliaque droite développée à la suite d'accidents de péritonite grave à droite qui ont fait penser à une typhlite. Malgré la large ouverture et le drainage, la malade a succombé rapidement à la cachexie.

REVUE PROFESSIONNELLE

I. *Les médecins, les certificats de décès et les assurances sur la vie.* — II. *Un cas de responsabilité professionnelle (Homicide par imprudence).*

I. **Les médecins, les certificats de décès et les assurances sur la vie.** — Un jugement de la Cour de Paris vient de décider que le médecin peut refuser un certificat constatant la cause du décès d'un malade assuré sur la vie. Le cas était celui de M. P..., assuré à la Compagnie *le M.....* Sur les instances de cette dernière, la veuve demanda un certificat au médecin. Celui-ci refusa, se retranchant derrière le secret professionnel. De là procès, qui est gagné par la veuve. La Compagnie en appelle, et est condamnée par le jugement suivant, dont les considérants donnent tous droits au médecin :

Considérant que, si aux termes de la police d'assurances sur la vie, contractée entre P..... et la Compagnie *le M.....*, il était stipulé que le bénéficiaire de l'assurance serait tenu de fournir, à l'appui de la demande en paiement, un certificat de médecin constatant le genre de mort qui avait donné ouverture à cette assurance, il est établi, et reconnu d'ailleurs, que la dame P..... a demandé ce certificat au docteur qui a soigné son mari dans sa dernière maladie ;

Que celui-ci a opposé un refus absolu motivé sur le secret professionnel ;

Que, dans ces circonstances, ayant fait ce qu'elle pouvait pour accomplir son obligation, elle est réputée en droit l'avoir accomplie, la clause du contrat n'impliquant pas par ses termes une obligation plus étendue.

II. **Un cas de responsabilité professionnelle.** — Un de nos confrères de Montecouvé (Nord), M. le Dr M.... , collaborateur habituel d'un journal médical parisien, vient d'être assigné, comme inculpé d'homicide par imprudence devant le tribunal de Saint-Quentin :

Le 21 décembre dernier, ayant été appelé auprès de Mlle X..., de Beaurevoir, atteinte de céphalalgie, il prescrivit une dose d'aconitine. Il survint des symptômes d'empoisonnement et la malade succomba.

L'autopsie fut pratiquée et des poursuites furent prescrites contre le médecin.

Appelé à titre d'expert, M. Brouardel a fait remarquer, judicieusement, d'ailleurs, mais ce qui n'est pas inédit, les dangers de l'aconitine. Son dosage est mal déterminé, et, dans la pratique, il convient d'employer l'aconitine cristallisée. C'est donc elle qu'il faudrait spécifier dans les prescriptions (1).

Ajoutons que le médecin a été condamné à 100 francs d'amende pour homicide par imprudence.

(1) Plusieurs fois déjà, la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* a insisté sur l'utilité de ces recommandations et le danger de cet alcaloïde. *(N. de la R.)*

FORMULAIRE DU PRATICIEN

MÉDECINE

I. **Traitement de la chlorose par le manganèse.** — Cette substance augmente la proportion des globules blancs chez les leucocythémiques. M. Potain a vu sous son influence la proportion des hématies aux globules blancs se rétablir. De là, autrefois, ses succès enregistrés par Pietrequin, Hannon, Arnozan et son indication chez les chlorotiques rebelles aux ferrugineux ou intolérants pour ces derniers médicaments.

Indications. — Quand faut-il prescrire le manganèse ? D'abord si l'intolérance pour le fer est nettement établie. Cela va sans le dire. Ensuite, quand on redoute l'action excitante de ce dernier ; par exemple, chez les chlorotiques avec éréthisme nerveux, ou bien chez ceux qui sont en imminence d'hérédité tuberculeuse.

Mode d'administration. — On l'a prescrit en association avec le fer. C'est une erreur, que M. Potain a combattue naguère dans ses leçons cliniques.

On l'ordonnera donc isolément ; et dans la posologie, on n'oubliera pas que les sels de manganèse sont peu compatibles avec les alcalins.

Posologie. — Le carbonate de manganèse est la préparation de choix, sous la forme pilulaire :

Carbonate de manganèse...	0 gr. 10 centigr.
Extrait de chiendent.....	q. s.

Pour une pilule. — Cinq à six par jour avant les repas.

La préparation désignée sous le nom d'iodure de manganèse rend des services. Elle est le principe actif des pilules de Hannon :

Sulfate de manganèse....	ãã 0 gr. 10 centigr.
Iodure de potassium.....	
Miel blanc.....	q. s.

Pour une pilule, que l'on vernira. — Mêmes doses que les précédentes.

Ces pilules sont déliquescentes ; c'est un inconvénient.

Le traitement de la chlorose par le manganèse, comme la médication ferrugineuse, a, pour auxiliaires, les inhalations d'oxygène, les frictions sèches et l'hydrothérapie méthodiquement graduée.

On aura tout avantage à prescrire les frictions sèches, suivant un procédé recommandé par M. Potain, et dont j'ai constaté l'efficacité. En voici la technique :

Envelopper le malade dans un sac de flanelle chauffé, et dans lequel on a préalablement fait brûler des substances aromatiques. Pratiquer des frictions qui sont alors plus excitantes.

CH. ELOY.

II. **Solution antiseptique contre l'érysipèle.** — Elle a pour base le salicylate de soude et s'emploie sous la forme de lotions ou en applications au moyen de compresses.

En voici la formule, d'après M. Besnier :

Salicylate de soude....	20 à 40 grammes
Bicarbonate de soude..	10 à 20 grammes
Eau bouillie.....	1000 grammes.

MALADIES VÉNÉRIENNES

III. **Traitement antiseptique de la blennorrhagie.** — Ce traitement consiste dans l'emploi de la pyridine,

Digitized by Google

comme topique uréthral, et des alcalins à l'intérieur. M. Rademaker le prescrit ainsi :

1° A l'intérieur, pour diminuer les douleurs uréthrales : ingestion de l'eau de Vichy à hautes doses.

2° Injection uréthrale, quotidienne, durant quatre ou cinq jours, avec la solution suivante :

Pyridine.....	0 gr. 20 centigr.
Eau bouillie.....	60 grammes

S. R.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE. **Société de médecine de Berlin** (11 mai 1891). — I. *Le diagnostic du rétrécissement du duodénum.* — ANGLETERRE. **Société obstétricale de Londres** (6 mai 1891). — II. *Péritonite par l'emploi vaginal du nitrate de mercure.* — AUTRICHE. **Société impériale et royale des médecins de Vienne** (8 mai 1891). — III. *Diagnostic différentiel des kystes du cordon.*

I. **Le diagnostic du rétrécissement du duodénum.** — Cette affection fort rare est de nature à exercer la sagacité des cliniciens. Cette opinion, au demeurant fort peu originale, vient encore une fois de se produire, parmi les membres de la Société de médecine interne de Berlin, à propos d'une lecture de M. BOAS.

S'agit-il d'un rétrécissement duodénal siégeant au-dessus du canal cholédoque? Pas de diagnostic possible, d'après cet observateur.

La lésion existe-t-elle plus bas et au-dessous de l'embouchure de ce canal? Il y a des vomissements bilieux et, de plus, dans les matières vomies, du suc pancréatique. La présence de ce dernier serait même assez constante pour permettre, quand il manque, le diagnostic de lésion du pancréas.

La dilatation gastrique fait-elle défaut? Toujours, d'après M. Boas, dans le rétrécissement duodénal. Cette opinion n'est pas celle de M. RANVERS, qui a vu cette ectasie accompagner un cas de rétrécissement duodénal pris à tort pour un rétrécissement pylorique. L'autopsie seule démontra l'erreur que l'interprétation trop absolue de l'absence de dilatation gastrique avait fait formuler.

M. Boas insiste encore sur l'absence dans l'estomac de matières fermentescibles. Eh bien! c'est encore là un signe dont il ne faut point exagérer la valeur clinique, la présence de ces matières étant en rapport avec l'ectasie gastrique, celle-ci pouvant faire défaut. A cette objection, M. Boas répond que l'on trouve des sarcines dans le contenu stomacal quand il y a occlusion pylorique et seulement des matières en stagnation quand il s'agit d'un rétrécissement duodénal.

Il ne semble pas, ajouterons-nous, que ce soient là des signes destinés à vaincre les hésitations du clinicien dans le doute.

Le diagnostic symptomatique étant établi, il resterait à formuler le diagnostic étiologique? Ici, autre embarras : ce rétrécissement a pour cause des lésions du pancréas; elles seront des plus fréquentes (Boas), des ulcérations duodénales, des déplacements de la masse intestinale, etc., etc.

On le voit, avant de se décider pour l'intervention opératoire, il est malaisé, bien plus souvent, d'être nettement fixé sur le diagnostic, et tous les collègues de M. Boas à la Société de médecine interne sont loin d'adopter les conclusions trop absolues dont il s'est fait l'avocat.

II. **Péritonite par l'emploi vaginal du nitrate de mercure.** — Cet accident, assurément fort rare, avait été provoqué par une femme de 25 ans, dans le but de se faire avorter.

M. J. PHILIPPS rapporte que, vers la neuvième ou la dixième semaine après la conception, elle injecta dans son vagin la solution d'une cuillerée à bouche de nitrate acide de mercure.

Quelques heures après, survinrent des vomissements et des douleurs intenses contre lesquelles elle fit usage de cocaïne et de morphine. Son facies était pâlé et abdominal, son pouls petit et irrégulier; la température de 102 Farenheit. Les selles étaient fréquentes, les urines rares et involontaires.

Une douche vaginale provoqua l'expulsion de caillots sanguins. On administra du carbonate d'ammoniaque à l'intérieur, mais la malade succomba.

A l'autopsie, on trouva des urines sanglantes dans la vessie: et cette coloration était due à une hématurie rénale. La muqueuse vaginale était grisâtre, le col utérin intact et l'utérus contenait un embryon. Par contre la paroi de l'intestin grêle était grisâtre et à n'en point douter, il existait une péritonite au début.

M. Philipps admet que ces lésions étaient le résultat d'un empoisonnement hydrargyrique. Cependant, on lui a objecté, M. BOXALL, notamment, que dans le mercurialisme aigu, il existe de la diarrhée, du tenesme et des douleurs abdominales. Il faut donc admettre que la mort a été le résultat d'une péritonite plutôt que celle d'une intoxication mercurielle aiguë.

III. **Diagnostic différentiel des kystes du cordon.** — Cette affection dont M. ENGLISCH rapporte quatre observations relatives à des kystes du canal déférent et une relative à un kyste du cordon spermatique, offre de réelles difficultés de diagnostic.

Ils peuvent siéger sur la face postérieure du cordon spermatique et adhérer au canal déférent, au dedans du canal deférent; et sur le cordon, sur le canal diférent ou bien sur le cordon spermatique et sans avoir aucun rapport avec le canal déférent. On peut donc les distinguer des affections suivantes.

1° Des hydrocèles : hydrocèles vraies péritonales; hydrocèles herniaires (ces tumeurs n'ont guère de rapports avec le cordon); hydrocèles multiloculaires.

2° Des hematocèles (hematocèle traumatiques), hematocèles des nouveau-nés.

3° Des œdèmes du cordon, dans l'albuminurie.

4° Des calcifications dans le cours de la syphilis et de la tuberculose et des lymphectasies.

5° Des kystes en chapelets; des kystes spermatiques développés vraisemblablement dans les conduits de Muller ou les vestiges du corps de Wolff; ceux-ci adhèrent au canal déférent, ceux-là se trouvent sur la ligne médiane.

M. Englisch aurait pu, dans cette énumération, tenir plus compte de la pathogénie. Les kystes du cordon, on l'admet du moins en France, sont dus habituellement à la persistance du canal périnéo-vaginal. Il y aurait donc lieu, en se tenant sur le terrain de l'embryogénie, de procéder à la revision de classifications cliniques et pathogéniques aussi arbitraires.

K. D.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 27 avril 1891
Présidence de M. le Dr DESCROIZILLES

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend la *Gazette de Gynécologie.*

M. ROUX fait une communication à propos d'une observation qu'il a recueillie.

Il s'agit d'un homme de 59 ans, dont les urines renfermaient 12 grammes de sucre et 0,20 centigrammes d'albumine. En janvier 1891, il est atteint d'un anthrax énorme occupant presque tout le dos. Je lui fais des incisions multiple au bistouri ou au thermocautère. Après six semaines de traitement le malade va bien. Peu après, il est pris d'une sciatique droite avec tous les points bien connus. Je pense à une sciatique simple, et en fais le traitement habituel : électrisation cutanée, salicylate de

Digitized by Google

quinine. Ce traitement améliore la sciatique, mais le malade est bientôt pris de douleurs de ventre ; je constate un empâtement à droite, et pensant à une accumulation de matières fécales je donne 30 grammes d'huile de ricin, qui amène une débacle. Le surlendemain le malade avait de la fièvre, le ventre tuméfié, tous les signes de la péritonite simple. M. Périer, appelé en consultation, constate la péritonite, sans en reconnaître la cause, inclinant toutefois vers la perforation intestinale. D'autre part M. Lecorché, appelé également en consultation, ne croit pas à la péritonite, s'appuyant pour justifier ce diagnostic sur ce que le malade n'a pas vomi et que le ventre n'est pas sensible à la pression. Le diagnostic d'accidents diabétiques étant posé, je pratique des injections de caféine. Le malade est mort deux jours après, nous laissant dans l'embarras pour le diagnostic de sa maladie. J'ai pensé que ce cas difficile vous intéresserait. En effet, la sciatique comme la péritonite mortelle ont des étiologies des plus obscures.

M. Schwartz lit une note sur deux cas de **kyste gélatineux de l'ovaire**. (Voir : p. 312).

M. Routier.— Il sera intéressant de savoir ce que deviendront ces deux malades, car tous les chirurgiens admettent maintenant la nature épitheliomateuse des kystes gélatineux de l'ovaire.

M. Schwartz. — La première de mes malades reste guérie quatre ans après l'opération, ce qui est énorme, Quant à la seconde, opérée depuis deux mois seulement, je vous tiendrai au courant de son état; actuellement elle va très-bien.

Dr Pennel

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 mai 1891

Présidence de M. le Dr Nicaise

Thyroïdites suppurées. — M. Nicaise rend compte de deux observations d'abcès métastatiques du corps thyroïde, envoyées par MM. Tavel et Kummer, de Genève. Dans la première, il s'agit d'une jeune fille de 26 ans, atteinte depuis douze ans d'un goître, qui s'enflamma à la suite d'une fièvre avec diarrhée, probablement de nature typhique, ainsi qu'on put le reconnaître plus tard. En effet, la tumeur enflammée, comprimant la trachée et les nerfs laryngés, s'accompagnait de phénomènes de dyspnée tels que M. Kummer dut l'enlever en totalité. Elle renfermait dans son épaisseur deux kystes, l'un à contenu colloïde, l'autre franchement purulent. M. Tavel fit l'examen bactériologique du pus, dans lequel il trouva de nombreux bacilles d'Eberth. Ces bacilles provenaient de l'infection dothiénentérique du début, laquelle était passée inaperçue, et étaient colonisés dans le corps thyroïde.

Le second cas a été observé chez une femme de 31 ans, atteinte d'un goître qui augmentait de volume pendant chaque grossesse pour diminuer ensuite. Un mois après un dernier accouchement dont les suites avaient été normales, le goître s'enflamma de nouveau et comme il plongeait dans le médiastin antérieur, détermina des phénomènes de compression graves. M. Kummer extirpa toute la partie accessible de la tumeur: elle contenait un abcès dont le pus présentait des streptocoques, cause évidente de l'inflammation du goître. Cette malade guérit, ainsi que la précédente.

Ces deux faits montrent que non seulement le staphylocoque, mais aussi tous les autres microbes, tels que le bacille d'Eberth, le streptocoque, peuvent être pyogènes.

Corps étranger de la trachée. — M. Routier analyse l'observation suivante, envoyée par M. Montaz, de Grenoble. En 1886, un enfant de 13 ans avale un petit ressort en cuivre de serre-linge de blanchisseuse ; ce ressort pénètre dans les voies aériennes où il reste pendant neuf mois sans déterminer d'accident grave. La voix était conservée, pas de douleurs. En janvier 1887, l'enfant est pris d'un violent accès de dyspnée, avec cyanose du visage, cornage laryngé. Toute la région thyroïdienne était douloureuse. Comme la suffocation était imminente, M. Montaz fit la trachéotomie pour extraire le corps étranger, qui avait déterminé une vive inflammation des parties voisines; il ne put enlever que la partie inférieure du ressort, car il se brisa entre les mors de la pince destinée à le saisir. Le chirurgien agrandit alors son incision, coupa le cricoïde, l'isthme du corps thyroïde et le thyroïde, et put compléter l'extraction du ressort. Celui-ci était enchatonné par la muqueuse, dont les villosités de nouvelle formation avaient pénétré entre ses spires. Une canule ordinaire à trachéotomie fut mise en place, et huit jours après l'enfant était guéri. Toutefois il ne tarde pas à présenter de la dyspnée après un effort même modéré, sans doute à cause des lésions anciennes de la muqueuse et du rétrécissement consécutif de la trachée. Le ressort s'était fixé au-dessous de la glotte, et maintenait la trachée écartée, ce qui explique l'absence de dyspnée et la conservation de la voix.

Kystes séreux du mésentère. — M. Terrillon rapporte trois observations de kystes séreux du mésentère. Une jeune femme de 23 ans, ressentant des douleurs vagues dans le côté gauche, voit son ventre augmenter lentement de volume de ce côté. Lorsqu'elle vint consulter M. Terrillon, elle présentait une tumeur fluctuante occupant la partie supérieure du flanc gauche et s'étendant jusqu'à l'ombilic. La percussion était sonore en avant de la tumeur.

Eliminant la possibilité d'un kyste de l'ovaire, du rein ou de la rate, M. Terrillon pensa qu'il s'agissait peut-être d'un kyste du pancréas, et fit la laparotomie médiane suivant une incision étendue de l'appendice xiphoïde à l'ombilic. Après avoir fait une boutonnière sur l'épiploon qui recouvrait la tumeur, M. Terrillon constata qu'elle était mobile, située entre les feuillets du mésentère, et adhérente en arrière à la colonne vertébrale. Il fit une ponction avec l'aspirateur et retira quatre litres d'un liquide filant, puis essaya de décortiquer la poche. Ce temps de l'opération fut impossible à exécuter, à cause de l'adhérence de la poche à la colonne vertébrale et d'une hémorragie assez forte. M. Terrillon se contenta alors de fixer cette poche à la paroi abdominale et d'en faire le drainage. Au bout de deux mois, la cavité était en partie comblée ; une fistule persista pendant trois mois ; la guérison ne fut donc complète qu'au bout de cinq mois.

Les deux autres observations sont identiques à la précédente. Les kystes séreux du mésentère ne s'accompagnent pas de phénomènes généraux graves, ne déterminent pas d'amaigrissement ; ils sont d'un diagnostic souvent difficile. En effet, l'anse intestinale située au devant d'eux empêche toute ponction exploratrice. On peut les confondre facilement avec une tumeur liquide du rein, du pancréas et même du foie. Enfin leur traitement n'est pas exempt de difficultés, puisque les poches sont le plus souvent impossibles à enlever.

H. M.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 mai 1891

Présidence de M. le Dr Labbé

De la pseudo-alopécie et des eschares occipitales des enfants. — M. Variot : Il est fréquent d'observer pendant la première année de la vie des plaques plus ou moins étendues de calvitie apparente, siégeant constamment dans la région occipitale du cuir chevelu. Cet accident, auquel on est habitué, semble presque normal, est ordinairement temporaire, sans suite grave. Parfois cependant la pseudo-alopécie est suivie de

Digitized by Google

troubles nutritifs de la peau, d'érythème, d'eschares, qui montrent la débilité de l'organisme.

Ces accidents peuvent survenir chez tous les enfants aussi bien à la ville qu'à l'hôpital. Cependant ils affectent de préférence ceux qui sont nourris au biberon. L'affection est plus rare chez les enfants nourris au sein,

La surface du cuir chevelu de la région occipitale devient glabre et lisse dans une étendue égale à la paume de la main. En bas une collerette de cheveux à concavité supérieure s'étend de la nuque vers les régions mastoïdiennes, limitant la plaque pseudo-alopécique.

Parfois on observe une plaque semblable sur l'une des régions pariétales.

Ces régions sont exactement celles par l'intermédiaire desquelles la tête repose sur l'oreiller, lorsque l'enfant est couché sur le dos.

La pseudo-alopécie est le premier degré d'altérations plus importantes qui sont l'erythème et l'eschare occipitales.

Une plaque d'erythème de la grandeur d'une pièce de cinq francs apparait souvent sur la peau dénudée ; cet érythème peut s'éteindre sans laisser aucune trace, ou se recouvrir d'impetigo qui rayonne alors vers le reste du cuir chevelu.

Lorsque l'état des enfants devient mauvais, dans le cours d'une maladie aiguë ou chronique (rougeole, broncho-pneumonie, athrepsie, syphilis héréditaire) la plaque érythémateuse devient le siège d'une petite eschare de la dimension d'une pièce de deux francs comprenant la couche superficielle du derme. Ces malades succombent le plus souvent à l'affection dont ils sont atteints. On peut donc affirmer que l'eschare occipitale est de toute gravité au point de vue du pronostic.

En examinant attentivement la plaque dépourvue de cheveux, on voit qu'il s'agit de pseudo-alopécie et non d'alopécie vraie. Les cheveux sont écourtés comme s'ils avaient été usés par le frottement. A la loupe on voit des poils follets fins, courts, peu pigmentés. Enfin au microscope, on constate que les follicules pileux sont conservés ; la portion du poil qui persiste a un diamètre moindre qu'à l'état normal ; celui-ci est peu riche en pigment. On voit en réalité que les poils sont conservés, et que les altérations portent surtout sur leur partie apparente. Il ne s'agit donc pas d'une alopécie vraie, mais d'une fausse alopécie.

Diverses théories ont été émises pour expliquer la chûte des cheveux. Parrot et Bouchut pensaient que cette chûte était déterminée par la sueur qui baigne fréquemment la racine des cheveux. S'il en était ainsi, des plaques devraient apparaître sur d'autres régions du cuir chevelu qui sont le siège des mêmes sudations, et cependant ces régions, notamment le front, restent indemnes.

On a également incriminé le frottement du cuir chevelu contre les couches et l'oreiller. D'après M. Variot, il faut y ajouter l'action de la pesanteur, qui jouerait le rôle principal. En effet, le poids du cerveau de l'enfant ne diffère que de deux cents grammes de celui de l'adulte ; il est donc assez lourd. De plus, son centre de gravité passe au niveau de la région occipitale, par laquelle la tête repose sur les oreillers. Il en résulte donc une certaine compression du cuir chevelu entre le plan résistant du crâne et l'oreiller, d'où une gêne vasculaire et la formation de la plaque alopécique, de l'erythème, de l'eschare. Ces troubles sont plus fréquents chez les enfants élevés au biberon, parce qu'ils sont plus souvent couchés que les enfants élevés au sein.

Le traitement est négatif ; cette alopécie guérit dès que les enfants quittent le berceau.

Angine infectieuse. — M. Rendu rapporte un nouveau cas d'angine infectieuse. Une femme de 47 ans, d'une bonne constitution, mais surmenée depuis quelques jours, est prise le 4 avril dernier d'un refroidissement avec frissons, et commence à éprouver des picotements dans la gorge. Le lendemain, le pouls est fréquent, la fièvre modérée. T. 38°, mais la prostration est extrême. La gorge présente une teinte érythémateuse, pas d'exsudat sur les amygdales un peu grosses. La dysphagie est considérable. Les ganglions sous-maxillaires sont indemnes.

6 avril — Nuit agitée, même état de la gorge, dysphagie œsophagienne intolérable ; voix voilée. Empâtement de la région sus-hyoïdienne. On diagnostique une angine phlegmoneuse avec envahissement du tissu cellulaire rétro-laryngé. Des compresses glacées sont mises à demeure sur le devant du cou, on administre 1 gr. de quinine.

7 avril. — A la suite d'une application de sangsues de chaque côté du larynx, la dysphagie est moins considérable ; la malade peut avaler un peu de lait, mais dans la soirée elle éprouve une douleur très vive à la base du cou, irradiant dans l'intérieur de la poitrine.

8 avril. — Après un accès de toux spasmodique, elle rejette une cuillerée de pus et éprouve un soulagement momentané. Dans l'après-midi, elle ressent de nouvelles douleurs dans la poitrine et la région épigastrique, On observe alors des troubles dans la sphère du pneumo-gastrique et du nerf phrénique, caractérisés par une gêne de la respiration, une paralysie du diaphragme, du ballonnement de l'estomac et des intestins. Le pouls est petit, précipité, inégal, l'arythmie cardiaque absolue. La malade est atteinte de défaillances, voisines de la syncope ; la face, les extrémités sont cyanosées, il existe des vomissements, de la congestion pulmonaire. L'état de cette femme semblait alors fort grave. On eut alors recours aux injections de caféine, à l'alcool.

Deux jours après le début de cette médication, les phénomènes de collapsus cardiaque commencèrent à se dissiper, puis le diaphragme, l'intestin reprirent lentement leurs fonctions ; mais la convalescence dura plusieurs semaines, avant que la malade fût complètement rétablie.

Seuls les reins étaient restés indemnes, jamais il n'y avait eu d'albuminurie. M. Rendu attribue la terminaison favorable à cette dernière circonstance.

Diagnostic de la pseudo-méningite hystérique. — M. Chantemesse. On sait que dans les premiers jours cette affection simule de très près la méningite tuberculeuse chez l'adulte. MM. Gilles de la Tourette et Catheline ont démontré que, dans l'état de mal hystérique et les grandes crises hystériques, les phosphates terreux de l'urine augmentaient par rapport aux phosphates alcalins et s'y trouvaient en plus grande proportion, ce qui est l'inverse du rapport normal. Le dosage de l'urine permet donc de reconnaître la nature des accidents. Ce procédé a permis à M. Chantemesse de reconnaître l'origine hystérique de certains troubles cérébraux qu'au premier abord on aurait pu confondre avec une méningite tuberculeuse.

Dr H. Marciguey.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 mai 1891

Présidence de M. le Dr Tarnier

M. Rochard lit un rapport sur un travail de M. le Dr Hache (De Beyrouth) sur le traitement des abcès du foie par l'incision directe.

M. Lagneau lit un rapport sur différents travaux traitant de la démographie du Mexique.

M. Lefort demande qu'on renvoie à la Commission de la **Dépopulation de la France** les deux propositions suivantes : 1° Il demande que le gouvernement présente aux Chambres une loi sur la santé publique. 2° qu'en crée des fonctionnaires chargés de veiller à l'exécution des réglements sanitaires.

Digitized by Google

De la translucidité de certaines tumeurs. — M. Poncet (de Lyon) a observé souvent la translucidité dans certains lipomes, dans des chondromes des parties molles et dans certains kystes dermoïdes. Il résulte de ses recherches que la translucidité ne peut permettre d'affirmer la nature du contenu des tumeurs solides. Quant aux tumeurs liquides, la translucidité ne peut permettre de préjuger la nature du liquide.

Election. — Est nommé correspondant national dans la quatrième division, M. le Dr Crié (de Nantes), par 48 voix sur 60 votants). S. R.

LES JOURNAUX DE LA SEMAINE

En reproduisant sous cette rubrique, des extraits de la presse médicale, le **Journal des Praticiens** *a pour but de renseigner impartialement ses lecteurs. Il réserve donc formellement la liberté de ses appréciations et l'indépendance de sa critique.* N. de la R.

L'abdication de l'autonomie des médecins des hôpitaux. — C'est ainsi que M. Laborde apprécie, dans la *Tribune médicale* du 21 courant, les résolutions de la Société médicale des hôpitaux, que nous avons fait connaître dans le dernier numéro (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 20 mai 1891) :

« C'est pour les membres de la Société médicale des hôpitaux, en tant que médecins des hôpitaux, l'abdication de leur indépendance d'action et de leur autonomie ; mais c'est surtout — point capital et qui domine la situation — c'est la mise en dehors, l'écartement de fait, du Conseil municipal, le seul et vrai détenteur des finances de l'administration des hôpitaux, qui avait pris l'initiative du projet de création dont il s'agit, et qui s'offrait à en faire les frais. Car il ne faut point s'illusionner, tout est là, dans la question financière : on a beau formuler des vœux, même à la Société médicale des hôpitaux, sans argent pas de réalisation possible, c'est du pur platonisme !

» L'argent !... Est-ce la Faculté de médecine qui va le fournir ? Elle se débat péniblement dans le marasme et l'agonie d'un budget impotent : elle est incapable, à l'heure où nous écrivons, de faire face aux menues dépenses des travaux pratiques obligatoires du présent semestre.

» Est-ce de l'Etat qu'il faut attendre les ressources nécessaires, si minimes soient-elles, pour la réalisation du vœu en question ? La réponse est dans ce que nous venons de dire de la Faculté, car la Faculté c'est l'Etat. Il suffit, d'ailleurs, d'interroger, un instant, le budget tout actuel de l'instruction publique, pour être complètement édifié à cet égard ; les propositions de réduction et de suppression pleuvent plus que jamais dans le projet de la Commission et de son honorable rapporteur, M. Ch. Dupuy, qui s'évertuent, par-dessus tout, à réaliser des économies : c'est ainsi — d'après les renseignements officiels — que la Commission s'est particulièrement inquiétée du nombre trop élevé des chaires de l'enseignement supérieur et s'est prononcée dans le sens d'une revision à brève échéance. Elle a supprimé, pour souligner ses intentions, 1,000 francs sur les cours complémentaires, etc., etc.

» Allez donc, après cela, espérer quelque chose de l'Etat, pour un enseignement complémentaire de clinique médicale, quelque urgente qu'en soit démontrée la nécessité ?

» Il ne reste donc — et force est de toujours y revenir — que l'intervention et le concours du Conseil municipal, pour assurer la réalisation des vœux de la Société des hôpitaux, le nerf de cette réalisation étant uniquement en ses mains et en son pouvoir.

Or, le Conseil municipal accordera-t-il ce concours effectif dans la condition où le vœu se trouve formulé, c'est-à-dire étant admis, en principe, l'entente avec la Faculté et son contrôle supérieur ? En d'autres termes, le Conseil consentira-t-il à être, en cette occurence, le simple bailleur de fonds de la Faculté ou, ce qui est tout un, de l'Etat ?

Nous avons des raisons sérieuses de croire qu'il ne faut compter, en aucune façon, sur ce consentement en pareil cas : non, le Conseil ne saurait abdiquer ni ses prérogatives ni ses devoirs d'administrateur financier des deniers de l'administration de l'Assistance publique ; et s'il se détermine à faire aux besoins supérieurs d'un enseignement d'intérêt public, dont ses malades seront les premiers à bénéficier, un sacrifice bien compris, il est de son devoir de n'abandonner à personne et de garder pour lui seul, avec le chef préposé à l'administration dont il s'agit, le droit de haute surveillance et de contrôle.

» Et alors, la conclusion s'impose : rien ne sera fait, parce que la Faculté ne peut rien faire, à supposer qu'elle le veuille sincèrement. Il est, d'ailleurs, de toute évidence que ce sont MM. les agrégés, doublés du titre de médecins des hôpitaux, qui ont surtout coopéré, dans un intérêt qui se comprend, au vote du vœu en question, et qui l'ont entrainé. Eh bien ! notre conviction est qu'ils se sont trompés, en cette circonstance, et qu'ils eussent mieux fait, dans leur propre intérêt comme dans l'intérêt public, celui de l'enseignement, de dépouiller l'agrégé, et d'agir en médecins des hôpitaux ; attendu que c'était là le seul moyen d'arriver à une réalisation, grâce au concours effectif du Conseil de la ville.

» Si la Faculté voulait bien — et si elle en était matériellement capable — instituer des cours complémentaires de clinique médicale et chirurgicale, pourquoi ne le fait-elle et ne l'a-t-elle déjà fait depuis longtemps, à l'aide de ces mêmes agrégés, en nombre suffisant, avec les agrégés non en exercice, pour avoir besoin de recourir aux médecins des hôpitaux ? Pourquoi ne fait-elle pas pour l'enseignement clinique ce qu'elle a fini par réaliser pour l'enseignement théorique et didactique à l'Ecole ?

» Question un peu indiscrète peut-être, mais dont la réponse est dans toutes les bouches au courant de la chose : un cours clinique par un agrégé, à côté du titulaire, pourrait être gênant pour ce dernier, surtout dans le sens de certaines préoccupations qui n'ont pas précisément pour objectif les intérêts de l'enseignement. Or, si, comme tout porte à le croire, le vœu émis par la Société médicale conformément au désir de l'Ecole elle-même, reste un vœu purement platonique, le résultat visé *in petto* sera obtenu, rien ne sera changé à l'état actuel des choses, et les préoccupations de tantôt ne troubleront pas la quiétude .. clinique du titulaire.

Un programme de réformes dans l'enseignement municipal de la médecine. — On lit, d'autre part, dans le *Progrès médical* du 23 courant, et sous la plume de notre distingué confrère, M. Bourneville :

« C'est donc d'un autre côté, du côté de la Ville de Paris, que l'on peut espérer avoir les ressources nécessaires pour l'organisation de l'enseignement clinique dans les hôpitaux, si désirable dans l'intérêt des étudiants, de la société et de la science, intérêts qui doivent passer avant les intérêts personnels. Et, pour terminer, nous résumerons une fois de plus les réformes qui nous semblent indispensables :

» 1° Organisation de laboratoires communs dans les hôpitaux ; nomination de chefs de laboratoire, chargés des autopsies, après entente avec les chefs de service ;

» 2° Encouragement, par une subvention, à *tous* les médecins des hôpitaux qui font de l'enseignement ; généralisation progressive de cet enseignement ; organisation ultérieure de l'enseignement municipal de la médecine ;

» 3° Transformation de la Faculté de médecine de Paris en

Digitized by Google

Faculté supérieure de médecine, où pourraient être appelés les professeurs des Facultés de province qui se seraient distingués d'une manière spéciale dans leur enseignement;

» 4° Séparation du corps examinant du corps enseignant. »

INFORMATIONS

ÉTRANGER

RUSSIE. — **La lèpre en Russie.** — Dans les provinces baltiques, la maladie semble s'étendre. Pour ce motif, le Conseil municipal de Riga a voté tout récemment la somme de 60,000 roubles pour l'établissement d'un hôpital de lépreux. Cet établissement doit fonctionner en juillet prochain.

ANGLETERRE. — **Le Congrès international d'hygiène et de démographie.** — A ce Congrès, qui commencera le 10 août, la France, l'Italie, le Danemark, la Hollande, la Turquie, la Suisse, les Etats-Unis et les colonies anglaises seront représentées par des délégués. La réunion aura lieu dans le palais de l'Université de Londres et les séances des sections dans divers locaux.

On annonce des communications de M. Roux (de Paris) sur la prophylaxie rabique et la question du parasitisme sera discutée par MM. Ralliet (d'Alfort), Cursten (d'Amsterdam) et Brown.

Les empoisonnements alimentaires feront l'objet de communications de MM. Brieger (de Berlin) et Ed. Bollard.

MM. Klein, Vacher et Ostertay doivent traiter la question des relations entre les épidémies et les épizooties bovines. On annonce aussi des discussions sur la tuberculose et l'uréthrose, auxquelles prendront part MM. Chauveau, Mc. Fadgeon, Sine Woodkeat, Perroncito et Crochshand.

Congrès de l'Association britannique. — Ce Congrès se réunira à Cardiff du 19 au 26 août prochain.

Statistique des herniotomies. — Durant ces dix dernières années, on a admis à Guy's Hôpital 345 cas de hernie étranglée, dont 292 furent l'objet d'une intervention opératoire.

La mortalité générale s'est élevée à 22 pour cent et celle des opérés à 34 pour cent. On avait constaté 22 fois la gangrène avec perforation, et dans cette série il y eut une seule guérison.

VARIÉTÉS

Un traitement des furoncles. — Il n'est peut-être guère inédit ; M. Naqui (de Benheim), un médecin américain, en dit cependant merveille.

Il consiste à badigeonner chaque jour, ,trois fois s'il est nécessaire, la surface du furoncle avec l'acide phénique pur. On continuera ce traitement jusqu'à la chute de la tumeur sous forme d'une croute : employé avant l'établissement de la suppuration, ce traitement serait abortif.

En tous cas il abrégerait la durée de la maladie et, de plus, serait anesthésique. Ce sont de bien nombreux mérites, qui, en tout cas, doivent encourager les essais de contrôle.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs Desfossés (de Paris), Rancey, médecin militaire ; Mauricet (de Vannes) ; Cazaubon (d'Antibes) ; Lediberder (de Lorient), Bancel (de Melun) ; Blum (de Rosheim, Alsace).

En Norvège : M. le Dr Lockmann, professeur de pharmacologie à la Faculté de Christiania.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

BRUSCHINI. — Des névrites alcooliques et arsenicales (*Riforma Medica*, 19 avril 1891).

GUTHRIE. — Crise bulbaire de paralysie diphtéritique chez l'enfant (*The Lancet*, 18 avril 1891, p. 873).

HARRIS (T.). — De la curabilité de la phtisie pulmonaire (*The Lancet*, 2 mai 1891).

MARIGLIANO. — Pneumonie fibrineuse double (*Riforma Medica*, 29 avril 1891, p. 241).

PIÉRACCINI (A.). — Contribution au diagnostic des psychopathies syphilitiques précoces (*Riforma Medica*, 18 avril 1891).

REALE. — Recherche de l'acétone dans l'air expiré (*Riforma Medica*, 23 avril 1891, p. 205).

SMITH. — Du diabète sucré (*The N. Y. Med. Record*, 25 avril 1891, p. 491).

SWAIN (J.). — Un cas d'empoisonnement par les phlegmes (*The Brit. Med. Journal*, 25 avril 1891, p. 903).

CLINIQUE CHIRURGICALE

ANGELL (E.). — Contribution au traitement opératoire de l'épilepsie jaksonienne (*The N. Y. Med. Journal*, 18 avril 1891).

DENNULER. — Des indications de la méthode de Little, au point de vue des succès opératoires (*Le Progrès Méd.*, 2 mai 1891).

DIANOUX. — Un cas de tumeur cérébrale (*Gaz. Méd. de Nantes*, 12 mai 1891).

DUBRUEIL. — Sarcôme de la glande sous-maxillaire (*Gaz. des Sciences Méd. de Montpellier*, 2 mai 1891).

GUYON. — L'antisepsie dans la lithotritie (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, mai 1891).

NOGUÈS. — Prostatite blennorrhagique (*Ann. des mal. des organes génito-urinaires*, mai 1891).

MARCHAND. — Thyroïdite à pneumocoques (*Arch. int. de laryngologie, de rhinologie et d'otologie*, mai-juin 1891).

RAFIN. — Deux cas d'extraction de calculs de la vésicule biliaire (*Lyon Méd.*, 3 mai 1891).

ROESCH. — Deux cas d'œsophagotomie externe pour corps étrangers (*Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*, avril 1891).

TRUC. — Corps étrangers de la cornée (*Montpellier Méd.*, 1er mai 1891).

THÉRAPEUTIQUE

HARE. — De la quinine comme stimulant du cœur (*The Lancet*, 25 avril 1891).

HENERGE, GIBBES et SHURLY. — De la valeur des inhalations de chloroforme, de l'iode et des injections de chlorure d'or et de sodium dans le traitement de la phtisie pulmonaire (*The Therap. Gaz.*, 15 avril 1891, p. 217).

HURD. — De la place du mercure en thérapeutique (*The Therap. Gaz.*, 15 avril 1891, p. 250).

MALE (H.). — Traitement de l'hyperpyrexie rhumatismale (*The Practitioner*, mai 1891).

OXON. — Traitement de la constipation habituelle chez les enfants (*The Practitionner*, mai 1891).

WALKER-DOWNE. — Des injections laryngées dans la thérapeutique des affections laryngées et pulmonaires (*The Brit. Med. Journal*, 18 avril 1891).

WALKER (J.). — Traitement des calculs biliaires par l'éther (*The Lancet*, 18 avril 1891).

Le Directeur-gérant : HENRI HUCHARD.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE N° 23 3 JUIN 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, BÉCLÈRE, BROCQ, DEMELIN, DU CASTEL, GINGEOT, Charles MAURIAC, PICQUÉ, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

De l'épithélioma superficiel de la face et de son traitement

Par le Dr L. BROCQ
Médecin des Hôpitaux

Dans ce qui va suivre, je n'ai en vue que l'épithélioma dit superficiel, ou *cancroïde*, ou *noli me tangere*, celui qui n'attaque que les téguments externes, et qui, comme je vais le dire dans un instant, siège presque toujours sur le nez, les parties voisines des joues, le pourtour des paupières, le menton, plus rarement au front et vers les tempes. C'est le véritable épithélioma médical, celui que l'on peut guérir sans une opération chirurgicale proprement dite. Les médications que nous allons passer en revue ne sauraient s'appliquer ni aux épithéliomas profonds, ni à ceux des muqueuses.

SYMPTOMES. — I. L'épithélioma superficiel débute le plus souvent sous la forme d'une toute petite élevure perlée, un peu indurée, qui a une tendance d'abord fort lente, puis un peu plus rapide à gagner par les bords, de façon à constituer, en quelques mois ou en quelques années, une plaque plus ou moins régulière, mais presque toujours arrondie, ovalaire ou à contours circinés. Quand elle a pris un certain développement, elle se caractérise par des bords assez nettement arrêtés, faisant une légère saillie mousse et indurée, au niveau de laquelle, quand on tend les téguments, on voit des sortes de petites nodosités blanchâtres, tangentes les unes aux autres, et formant une rangée linéaire assez semblable aux grains d'un collier de perles. Le centre de la lésion est recouvert de squames brunes ou noirâtres plus ou moins adhérentes, au-dessous desquelles on trouve un derme rouge friable, qui saigne facilement, ou bien une ulcération irrégulière, à bords taillés à pic, parfois renversés, à fond sanieux, granuleux, inégal, saignant au moindre contact, d'où suinte une sérosité peu abondante qui se concrète en croûtes.

Çà et là, peuvent se voir des parties cicatrisées, d'un blanc mat, indurées, formant parfois des brides, et qui occupent, dans quelques cas, tout le centre ou toute une partie de la néoplasie, laquelle semble être arrêtée d'un côté, et ne s'étend plus que par un ou plusieurs points de sa circonférence. Lorsque l'affection est ancienne et a envahi de vastes surfaces, elle est d'ordinaire, en effet, assez irrégulière d'aspect et présente des parties cicatrisées, bridées, d'autres en activité, ulcérées, recouvertes de croûtes, et çà et là des bords perlés : par place, les tissus ont subi des rétractions et des indurations quasi cartilagineuses. Un autre caractère des plus importants est la dureté et la friabilité du tissu épithéliomateux. Sous la curette, il s'effrite et s'énuclée facilement, alors que les tissus sains résistent.

Cette *forme perlée de l'épithélioma superficiel* est presque toujours bénigne ; elle reste superficielle pendant fort longtemps, parfois même toujours, et ne se propage pas aux ganglions ; parfois elle s'étend beaucoup en surface, en suivant une marche serpigineuse, et ronge en quelque sorte superficiellement toute une partie de la face. Il faut toutefois bien savoir qu'elle peut aussi gagner en profondeur, infecter le système lymphatique, et causer la mort.

II. A côté de cette première forme d'épithélioma superficiel, je rangerai la lésion à laquelle certains dermatologistes ont donné le nom d'*acné sébacée concrète*, et que l'on rencontre si souvent sur le visage des vieillards ; on est même tenté, étant donnée sa fréquence chez eux, de la regarder comme une altération se reliant aux modifications de la peau sénile. Elle est caractérisée par une plaque d'un rouge plus ou moins vif, presque toujours un peu brunâtre, plus ou moins irrégulière de forme, dont les contours sont parfois assez diffus, parfois assez nets et même un peu saillants ; dans quelques cas, mais c'est loin d'être la règle, on y retrouve, en les cherchant avec le plus grand soin, des rudiments de perles caractéristiques de la forme précédente. Cette surface rouge est constituée, quand on la regarde de fort près, par une sorte de petit piqueté blanchâtre, avec lacis d'un rouge plus ou moins vif. Elle est recouverte de croûtes assez molles, graisseuses, dont la face adhérente porte des prolongements qui pénètrent dans les orifices béants du derme. Leur ablation peut même déterminer un léger suintement sanguinolent. J'ai vu, chez des vieillards, le centre de ces plaques déprimé, blanchâtre, cicatriciel, tandis que la périphérie restait en activité. En somme, ces lésions ont de la tendance à avoir une extension centrifuge, tandis que leur centre subit un certain processus de régression allant parfois à l'atrophie cicatricielle. Elles peuvent rester longtemps à l'état de simples plaques rouges recouvertes de croûtes graisseuses adhérentes, et elles sont alors dignes du nom de séborrhée concrète. Lorsqu'elles s'étendent excentriquement et subissent au centre un certain processus cicatriciel, elles sont des plus difficiles à différencier du lupus érythémateux.

Mais, assez souvent, surtout chez les personnes âgées, sous des influences qu'il est difficile de préciser, mais qui presque toujours ne sont autres que des irritations répétées, elles prennent les caractères nets de l'épithé-

Digitized by Google

lioma ; elles s'étendent, les tissus s'épaississent, s'indurent, s'exulcèrent, saignent facilement. En somme, il s'agit là de lésions de passage ou hybrides, d'un diagnostic presque toujours extrêmement difficile, le plus souvent dignes du nom un peu vague de plaques circonscrites de séborrhée concrète, mais qui peuvent se différencier soit du côté du type lupus érythémateux, soit du côté du type épithélioma superficiel. Il faut donc s'en défier beaucoup en pratique, les traiter d'abord comme une séborrhée ou comme un lupus érythémateux ; mais dès que leurs caractères deviennent un peu douteux, on doit leur appliquer avec la dernière rigueur le traitement de l'épithélioma superficiel.

III. L'épithélioma superficiel peut aussi se développer sous la forme d'une simple hypertrophie des papilles du derme. On lui donne alors le nom d'*épithélioma papillaire*. Dans ce cas, il semble d'abord exister une verrue, un poireau, un nævus verruqueux, etc., en un mot, un papillome ordinaire ; la lésion peut persister pendant fort longtemps, des années entières, en cet état ; puis, peu à peu, le papillome simple se transforme en *cancroïde*, soit spontanément, soit sous l'influence d'irritations et d'excoriations répétées. On le voit alors grandir, s'étaler ; la base s'indure, la peau rougit tout autour, se mamelonne légèrement ; la petite tumeur devient un peu douloureuse ; elle saigne avec la plus grande facilité dès qu'on y touche ; au lieu de squames grises, elle se recouvre de croûtelles noirâtres ; il peut enfin se produire une ulcération caractéristique semblable à celle des autres variétés.

L'épithélioma superficiel est d'ailleurs parfois un épithélioma exubérant : il se produit alors une prolifération exagérée du tissu morbide ; il se forme des saillies mamelonnées dont la surface est presque unie ou est hérissée de végétations filiformes qui, dans quelques cas, se revêtent de productions épidermiques sèches, noirâtres ou grisâtres et simulent de véritables cornes.

Le cancroïde est presque toujours indolent, parfois il est le siège d'un peu de prurit qui porte le malade à se gratter, ou de quelques élancements.

Il est cependant, dans la grande majorité des cas, soumis à d'incessants traumatismes, car le malade arrache constamment les squames et les croûtes à mesure qu'elles se reproduisent.

Etiologie, Pathogénie. — L'épithélioma superficiel est une affection de la seconde moitié de la vie : il est rare de l'observer au dessous de 35 ans. Certaines lésions de la peau, telles que les verrues, les nœvi, les cicatrices, les adénomes, les ulcères chroniques, le psoriasis, le lupus, etc..., semblent y prédisposer. Les irritations locales fréquentes en favorisent le développement. Son siège de prédilection est le visage, en particulier la région supérieure et interne des joues, le nez et les paupières.

La configuration si spéciale de cette affection, son extension centrifuge, ses bords souvent serpigineux, son siège en des régions découvertes, où les inoculations sont si faciles : tous ces arguments que l'on a invoqués pour démontrer la nature parasitaire du lupus vulgaire existent pour l'épithélioma superficiel et font penser d'emblée à la possibilité d'une origine extérieure de cette dermatose. Mais ce ne sont là que des hypothèses. Dans ces derniers temps, ces idées théoriques semblent avoir trouvé quelque confirmation dans plusieurs examens histologiques, et certains auteurs ont, dès maintenant, une tendance marquée à ranger les épithéliomas superficiels dans les psorospermoses, groupe nouveau d'affections cutanées, dues au développement dans les téguments de parasites spéciaux, les psorospermies. Nous ne pouvons insister plus longuement sur ces notions nouvelles, qui ne sont pas encore établies sur des bases suffisamment assurées pour être définitivement acceptées.

Diagnostic. — Si l'on a lu ce qui précède avec une attention suffisante, il sera presque toujours possible de reconnaître un épithélioma superficiel.

Dans la forme perlée, il suffit de tendre légèrement les bords de la lésion pour voir se dessiner les saillies blanches pathognomoniques.

Les autres caractères qui permettent de distinguer ces variétés serpigineuses extensives des lupus et des syphilides tertiaires du visage sont : avec le lupus, l'absence de tubercules, la rougeur moins vive, la tendance plus marquée aux hémorrhagies, l'induration plus grande des tissus ; avec les syphilides, les mêmes symptômes : la friabilité beaucoup plus accentuée de la néoplasie et la longue durée de l'affection.

Il est impossible de distinguer au début l'épithélioma papillaire de la verrue ou du papillome simple : mais il faut se défier de l'accroissement exagéré et rapide, en un certain moment, des lésions papillaires de la peau, de leurs desquamations et de leurs érosions plus fréquentes, de l'induration de leur base et de leur tendance à saigner au moindre contact.

J'ai montré, plus haut, combien il était difficile de reconnaître la forme dite acné sébacée concrète, tant elle simule une simple séborrhée ou un lupus érythémateux. Les symptômes qui doivent, dans ce cas, faire craindre l'épithélioma, sont l'âge du malade, la friabilité des tissus, leur tendance à saigner au moindre contact, leur ulcération et leur induration, quelque superficielle et parcheminée qu'elle soit.

Traitement. — Je poserai tout d'abord la règle de conduite suivante que je considère comme absolue : quand on veut traiter un épithélioma on doit savoir que toute cause d'irritation non curative est pour lui une source d'aggravation ; il faut donc se garder de cautérisations intempestives, insuffisantes et d'applications de topiques simplement irritants et inefficaces. Les méthodes de traitement les plus rationnelles de l'épithélioma peuvent se diviser en deux grandes catégories : 1° *les méthodes dites opératoires*, qui comprennent : *A. la cautérisation ignée*, *B. le raclage* ; 2° les *méthodes dites de pansements* qui consistent en applications de caustiques et de substances semblant avoir une action élective sur le tissu épithéliomateux.

I. *A*. **Cautérisation ignée.** — Pour traiter un épithélioma superficiel par la cautérisation ignée, on détruit

Digitized by Google

avec le plus grand soin, en dépassant un peu les bords, toutes les parties malades avec une anse de galvanocautère ou avec la pointe fine du thermocautère Paquelin. Il faut volatiliser pour ainsi dire le tissu morbide dans toute son étendue et insister en particulier sur les bords où se trouve la zône d'extension du mal. Si une parcelle de tissu épithéliomateux avait échappé à une première intervention, il faudrait se hâter de la détruire dans une deuxième séance. On peut, si l'on n'a affaire qu'à une petite lésion très superficielle et si l'on est bien convaincu d'avoir tout détruit, ne pas faire de pansement et laisser la croûte due à la cautérisation s'éliminer toute seule, sinon on fait des lavages avec une solution concentrée de chlorate de potasse et l'on panse avec une pommade à l'aristol au 5e ou au 10e (voir plus loin). Cette méthode de volatilisation de la tumeur par le fer rouge est surtout applicable, ce nous semble, à l'épithélioma papillaire.

B. **Raclage.** — Depuis fort longtemps déjà M. le Dr E. Vidal traite avec succès tous les épithéliomas superficiels perlés du visage en les raclant à fond avec la curette tranchante, de façon à enlever tous les tissus morbides qui sont friables. Il faut arriver jusqu'aux tissus sains, et il est nécessaire de ne s'arrêter que lorsque la main qui manie la curette éprouve bien réellement une sensation marquée de résistance. On voit donc que ce procédé, pour rester un procédé de cabinet, ne doit s'appliquer qu'à des lésions qui n'ont pas encore franchi les limites de l'hypoderme. On arrête la petite hémorrhagie consécutive avec de l'ouate, puis, avec ou sans badigeonnage préalable à la cocaïne (voir plus loin), on recouvre la plaie ainsi formée de chlorate de potasse finement pulvérisé. On répète matin et soir pendant un ou deux jours ces applications de poudre de chlorate de potasse, puis on panse avec de la charpie ou de l'ouate hydrophile imbibées d'une solution concentrée de chlorate de potasse et recouvertes d'un enduit imperméable (gutta-percha laminée ou baudruche Hamilton), etc... Si quelque parcelle de la néoplasie a échappé, on l'enlève dans une deuxième séance.

On voit en somme que la méthode du raclage, telle qu'elle a été formulée par M. le Dr E. Vidal, est une combinaison du raclage et des caustiques.

II. *Caustiques et pansements.* — On a employé avec un certain succès, dans le traitement de l'épithélioma superficiel, un grand nombre de caustiques ; parmi les plus usités nous citerons : le nitrate d'argent que nous ne conseillons pas, le chlorure de zinc, la potasse caustique, l'acide phénique pur, l'acide acétique qui, manié avec soin, a donné d'excellents résultats à notre ami le Dr Arnozan ; les acides nitrique, sulfurique, chlorhydrique, lactique, pyrogallique, le nitrate acide de mercure, l'éthylate de soude, le jéquirity, etc....

Une des meilleures préparations et des plus anciennement employées est sans contredit le caustique électif de Manec dont voici la formule :

Acide arsénieux.....	2 parties
Sulfure de mercure.....	6 parties
Eponge calcinée.....	12 parties
m. s. a.	

On délaye dans de l'eau jusqu'à consistance de pâte molle.

On fait d'abord tomber les croûtes ou les squames qui recouvrent l'épithélioma avec des pulvérisations ou des cataplasmes, on avive la surface en la touchant avec un peu d'ammoniaque, puis on la recouvre tout entière d'un petit gâteau de la pâte arsénicale, et on coiffe ce gâteau d'un morceau d'amadou en godet pour la protéger et la maintenir. On attend ensuite patiemment, et au bout d'un laps de temps qui varie de huit jours à trois semaines le caustique se détache en entrainant avec lui la néoplasie.

Dans ces derniers temps on a beaucoup recommandé (Galezowski) contre l'épithélioma palpébral, la pyoktanine ou apyonine en solution. Je ne puis ni en conseiller ni en déconseiller l'emploi, ne l'ayant pas encore expérimentée.

Il en est de même pour la teinture de thuya occidentalis : on l'a vivement recommandée en badigeonnages tous les deux ou trois jours ou en pulvérisations ; on se sert d'ordinaire pour les applications externes d'un mélange de 5 grammes de teinture de thuya, de 100 grammes d'eau distillée et de 10 grammes de glycérine. On donne en même temps à l'intérieur de 10 à 60 gouttes par jour de teinture de thuya.

Il faut bien savoir d'ailleurs que les procédés les plus simples et les plus inoffensifs donnent parfois des résultats inespérés dans l'épithélioma superficiel ; je l'ai vu s'améliorer sous l'influence de cataplasmes chauds de fécule de pomme de terre ou de graine de lin, de simples applications humides d'eau chaude ou d'eau froide, de pommades à l'acide borique au 10e, à la résorcine au 10e, etc., etc.

III. *Procédés que nous recommandons de suivre :* 1° S'il s'agit d'un tout petit épithélioma superficiel non ulcéré, nous l'enlevons à fond avec la curette tranchante en râclant assez énergiquement pour abraser tous les tissus friables : nous faisons un peu d'hémostase avec de l'ouate, puis nous recouvrons la petite plaie ainsi faite de chlorate de potasse très finement porphyrisé. Comme cette application est presque toujours fort douloureuse, nous badigeonnons la plaie laissée par le grattage avec une solution au vingtième de cocaïne avant de mettre le chlorate de potasse. Cette application est ainsi presque indolente, alors qu'elle peut donner de véritables crises de nerfs au malade, lorsqu'on ne prend pas cette précaution. C'est surtout le premier pansement qui est douloureux, les autres sont fort supportables.

Pendant deux ou trois jours, suivant la grandeur de la plaie, on fait ensuite, matin et soir, le pansement suivant : on lave la plaie avec de l'ouate hydrophile imbibée d'une solution concentrée de chlorate de potasse ; on recouvre la plaie d'une couche assez épaisse de poudre de chlorate de potasse : on met au-dessus de cette couche de poudre un peu d'ouate hydrophile sèche ou imbibée d'une solution concentrée de chlorate de potasse, puis exprimée, et on recouvre le tout d'une préparation imperméable quelconque collant à la peau (baudruche Hamilton ou taffetas Marinier, etc...)

Au bout de deux ou trois jours, quand on juge que le chlorate de potasse, qui, d'après nous, est le caustique électif par excellence de l'épithélioma, a suffisamment

Digitized by Google

agi, on cesse ce pansement et on le remplace par le suivant: on lave encore, matin et soir, la plaie avec une solution concentrée de chlorate de potasse, à moins qu'elle ne cause des douleurs, et, dans ce cas, on la remplace par de l'eau boriquée, puis on recouvre la plaie avec de l'aristol finement porphyrisé, on met au-dessus un peu d'ouate sèche et du taffetas Marinier pour maintenir le tout.

D'après les expériences fort nombreuses que j'ai faites depuis plus d'un an, l'aristol a l'avantage de n'avoir pour ainsi dire pas d'odeur, de ne causer aucune douleur et de donner des cicatrisations fort rapides, lorsque l'on a déjà fait agir le chlorate de potasse sur les tissus épithéliomateux. On peut employer à sa place la poudre de sous-carbonate de fer, l'iodol, le salol, etc...

Lorsque la cicatrisation est obtenue, s'il persiste, en un point quelconque, des vestiges de néoplasie, il faut râcler de nouveau et recommencer toute la série des pansements que nous venons de décrire, jusqu'à ce qu'après cicatrisation on ne trouve plus aucun vestige du mal.

2° S'il s'agit d'un épithélioma ulcéré de petites dimensions et dont l'ulcération est superficielle, il faut, d'après moi, agir comme dans le cas précédent. Si, cependant, le malade est très pusillanime et est effrayé de toute intervention sanglante, on peut essayer ce qui suit :

Après avoir fait tomber les croûtes et détergé la plaie par un moyen quelconque, on lotionne, matin et soir, avec une solution concentrée de chlorate de potasse; puis, avec ou sans badigeonnage préalable à la cocaïne, on couvre la néoplasie d'une couche assez épaisse de chlorate de potasse finement porphyrisé; on met ensuite un peu d'ouate hydrophile imbibée d'une solution concentrée de chlorate de potasse et exprimée, puis un morceau de taffetas Marinier.

Comme variante on peut se servir pour les lavages d'une solution concentrée de chlorate de potasse additionnée d'un dixième de résorcine, et pour les pansements d'une pommade renfermant 1 gramme de résorcine et 4 grammes de chlorate de potasse pour 20 grammes d'excipient. La résorcine semble avoir, en effet, une certaine action curative sur l'épithélioma.

Au bout de cinq à six jours de ce traitement, lorsqu'il semble que le chlorate de potasse n'est plus douloureux et a épuisé son action, on panse avec la poudre d'aristol ou avec la pommade au cinquième et au dixième et l'on obtient rapidement la cicatrisation de l'ulcération.

Malheureusement il persiste presque toujours pour ne pas dire toujours de la néoplasie, surtout vers les bords, et l'on est obligé en dernière analyse de faire un raclage.

3° S'il s'agit d'un épithélioma ulcéré pas très étendu, mais profond, comme cela se produit assez fréquemment vers les ailes du nez surtout après des interventions chirurgicales malheureuses, il faut d'après moi commencer par faire des pansements au chlorate de potasse puis à l'aristol, suivant le procédé que je viens d'indiquer. Il est bon de répéter plusieurs fois toute la série : applications de poudre de chlorate de potasse, ou de pâtes au chlorate de potasse résorcinées, puis de poudre d'aristol ou de pâtes à la même substance, changeant de topique dès que l'on voit que l'action de celui que l'on emploie commence à s'épuiser. On a ainsi parfois des améliorations surprenantes.

On peut d'ailleurs toujours faire ensuite quelques raclages des bords, si la néoplasie y reste exubérante.

4° S'il s'agit d'un vaste épithélioma superficiel bourgeonnant ou non, je crois encore qu'il faut commencer par faire comme dans le cas précédent des pansements au chlorate de potasse pur ou additionné de résorcine, puis à l'aristol. On obtient ainsi dans certains cas d'excellentes cicatrisations partielles. S'il persiste, après plusieurs séries de pansements de ce genre, des éléments de néoplasie rebelles, ce qui arrive presque toujours, on les racle et on recommence les pansements. On arrive ainsi chez quelques malades, sans vastes délabrements, sans opération terrifiante et sans grandes douleurs, à des résultats fort satisfaisants.

Par contre il y a des cas rebelles qui tendent à creuser avec rapidité, comme les épithéliomas des muqueuses et des lèvres; ils sont du ressort de la chirurgie.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

CHIRURGIE

Manuel opératoire et soins dans la circoncision chez l'adulte, par M. P. Thiery. — Voici brièvement les indications très précises que M. Thiery à établies, en ce qui concerne l'opération par le procédé de choix (*Gaz. méd. de Paris*, 23 mai 1891),

Soins préliminaires. — Raser le malade. Antisepsie de la cavité balano-préputiale. Administration facultative de bromure de potassium. Le malade a dû uriner. Le chirurgien s'est assuré qu'il n'y a pas d'adhérences. Anesthésie ou non, suivant les cas.

Opération. — 1° Reconnaître et marquer le lieu d'élection de la section ; 2° fixer le prépuce avec des pinces et appliquer le clamp au moins perpendiculairement à l'axe du fourreau; 3° section du prépuce ; 4° section et résection de la muqueuse; 5° hémostase parfaite ; 6° renversement de la muqueuse et toilette du sillon rétro-balanique ; 7° application des serres-fines (14 environ suivant le diamètre de la verge ; 8° faire uriner le patient; 9° pansement.

Soins consécutifs. — *Premier pansement*, le soir : ablation de la moitié des serres-fines environ, le malade urine ; il devra veiller toute la nuit, songer à la rétention d'urine.

Deuxième pansement le lendemain matin ; enlever, si possible, les dernières serres-fines, sauf deux ; le malade urine seul ; bandage circulaire.

Troisième pansement le lendemain soir ou le surlendemain matin ; les deux dernières serres-fines sont enlevées ; dans le courant de la journée, le malade se lève. La réunion est parfaite, mais non solide. S. R.

Hernie étranglée d'un diverticule vésical, par M. Emile Pilz. — Le malade, âgé de soixante-deux ans, qui souffrait de douleurs vésicales depuis plusieurs années, était forcé de se sonder depuis quelques mois. A l'examen, la région vésicale était sensible ; il y avait dans les deux canaux inguinaux une tumeur herniaire, datant de plusieurs années, réductible à gauche, mais non à droite; l'impulsion à la toux se faisait moins bien de

Digitized by Google

ce côté. Hypertrophie prostatique, cystite (*Wiener klin. Wochenschrift*, 7 mai 1891).

Du côté de la tumeur droite apparait une violente douleur avec léger tympanisme ; toutefois, gardes-robes, gaz. Diagnostic : hernie épiploïque ou pincement herniaire, Taxis infructueux, herniotomie. Au cours de l'opération, le chirurgien, après l'incision de plusieurs couches, tombe sur un sac épais de la grosseur d'une noix, rougeâtre par places, noire sur d'autres; à son ouverture, le doigt ramène quelques détritus, d'odeur ammoniacale, et pénètre dans une cavité large à parois fasciculées. Une sonde, introduite par l'urèthre, montre qu'on est dans la vessie. On place dans le diverticule un tube en verre terminé par un tuyau de caoutchouc ; on met une ligature élastique sur le tout et l'on panse à l'iodoforme ; l'écoulement peut se faire sans souiller le pansement.

Malgré l'amélioration le malade mourut d'urémie chronique, néphrose et péricystite.

Sur le côté droit de la vessie partait un diverticule de la grosseur d'un citron ; c'était l'extrémité de cette poche qui se trouvait dans le canal inguinal droit.

Un seul signe aurait pu mettre sur la voie du diagnostic : le malade indiquait que lorsqu'il rentrait la tumeur de droite, il augmentait le jet d'urine. H. G.

Etranglement interne duodénal, par M. Kundrat. — De toutes les régions où peut siéger l'étranglement interne, le duodénum semble un des plus rares ; mais, à cause de cette rareté, il y a intérêt à faire un diagnostic exact.

Dans une première observation de M. Kundrat, la maladie semble s'être développée à la suite d'une fièvre typhoïde. Le malade, âgé d'une quarantaine d'années, bien portant jusque-là, fut atteint de malaria, puis de dothienentérie ; lorsque, au moment de la convalescence, il voulut se lever, il ressentit une douleur atroce dans l'abdomen, accompagnée de syncope et de vomissement. Il succombait en trente-six heures. L'autopsie montra le duodénum fortement comprimé par le mésentère. Les anses de l'intestin grêle vides concouraient à tendre le repli séreux.

La deuxième observation a trait à une femme chez laquelle les phénomènes d'incarcération remontaient à huit jours. Dans la région crurale gauche existait une tumeur de la grosseur d'une noisette, qu'on avait essayé de réduire en ville et qu'on réduisit de nouveau à l'hôpital. Soulagée, la malade demandait son exeat, quand elle mourut subitement d'embolie pulmonaire. La tumeur prise pour une hernie consistait en une varice de la saphène à son embouchure. Aucune hernie à aucun orifice ; mais le mésentère, à son embouchure, aplatissait le duodénum.

Un troisième cas était celui d'un homme de 22 ans, pris pendant son travail de douleurs abdominales, de syncope et de vomissements. Admis à la clinique du professeur Albert, le Dr Hochenegg fait la laparotomie, trouve comme dans les deux observations précédentes le duodénum comprimé par la partie supérieure du mésentère et remet tout en état, sans intervention spéciale autre qu'une traction modérée. Malgré tout le malade mourut le jour suivant avec récidive des symptômes d'étranglement. A l'autopsie on constate que le mésentère s'est de nouveau tendu sur le duodénum (*Wien. Klin. Woch*, mai 1891).

Ce tableau clinique diffère de celui de l'occlusion intestinale commun, par l'absence de troubles circulatoires, de tympanisme et de l'une de ses conséquences, la dyspnée. Au lieu de succomber à l'anoxémie par diminution de la capacité respiratoire, à la septicémie, les malades meurent rapidement par paralysie réflexe du pneumogastrique ou du cœur.

Kundrat met aussi en ligne de compte une sorte d'intoxication par les ptomaines et un certain état le siccite des tissus, plaçant le malade dans des conditions analogues au choléra.

Devant l'insuccès des interventions simples et la difficulté de lever la cause d'étranglement ; il propose à l'avenir, de pratiquer la gastro-entérostomie. H. G.

Guérison d'un cas d'épilepsie jacksonienne par la trépanation, par M. Hermann-Hintertroisier. — L'obturation de la brèche faite par la couronne de trépan a été résolue de différentes façons par les chirurgiens. Certains ne font qu'une résection. Les uns remettent en place la rondelle d'os, lorsque la chose est possible ; d'autres se servent d'un morceau d'os pris à l'individu ou à un animal ; d'autres de périoste ; enfin on a cherché dans ces derniers temps à utiliser des corps étrangers ; c'est l'hétéroplastie, par opposition à l'autoplastie (*Wien. Klin. Woch.*, 1891, p. 16).

Dans le cas rapporté par l'auteur la substance employée fut la celluloïde. On découpe dans une plaque bien polie et bien pure un morceau exactement de grandeur. On l'asepsise par un lavage au savon et on l'antisepsise par un séjour de 24 heures dans le sublimé à 1 0/0. Il faut éviter l'alcool, l'acide phénique et l'eau chaude qui attaqueraient la substance.

Mise en place, la rondelle est enchâssée par les tissus et ne provoque aucune réaction, comme le démontre l'observation d'un malade. H. G.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Tétanie dans la grossesse, par M. von Jaksch. — Il s'agit d'une femme de 35 ans, enceinte pour la cinquième fois, atteinte de tétanie.

On lui trouve des antécédents névropathiques. La maladie a débuté à l'âge de 19 ans au moment de ses règles par des crampes dans les extrémités supérieures, elle réapparut à sa première grossesse ; à sa seconde et sa troisième, rien de semblable ne se produisit ; mais à sa quatrième et à sa cinquième la tétanie recommença (*Association des méd. allemands*, 27 fév. 1891).

La récidive actuelle se présente sous forme de crampes paroxystiques des extrémités supérieures, spécialement des fléchisseurs, qui disparaissent par la compression des gros vaisseaux. Les accès sont à intervalles irréguliers, durent quelques minutes à une demi-heure et sont suivis d'un flux sudoral abondant. Aucune autre manifestation du côté du système nerveux, pas d'anesthésie ni de trouble pupillaire, une grande excitabilité mécanique du nerf facial et une forte réaction de tous les nerfs au courant faradique et au galvanique.

La tétanie revêt différentes formes, l'une aiguë récidivante, épidémique et manifestement infectieuse, une autre consécutive aux affections graves du cerveau, une troisième consécutive à l'ablation du corps thyroïde et enfin celle de la grossesse, forme chronique plus fréquente au moment de la lactation.

C'est à cette dernière forme qu'appartient ce cas.

H. G.

La ventrofixation de l'utérus, par M. Sperling. — L'auteur rapporte vingt-six opérations pratiquées par M. Léopold. Quatre fois il s'agissait de rétroflexion simple, six fois de latéroversion à gauche, neuf fois à droite et sept fois de relâchement des deux côtés (*Deut. Med. Woch*, 1891, n° 5).

Seize malades furent radicalement guéries ; trois accouchèrent normalement, une seule n'éprouva aucun soulagement ; elle présentait des lésions ovariennes. La méthode de Léopold a été décrite dans le n° 333 du *Sammlung Klinischer Vortræge*. Dans cette série, on prit soin de passer une des sutures à travers l'utérus et la paroi abdominale et le plus souvent de disséquer la séreuse tapissant le fond de l'utérus. S. R.

THÉRAPEUTIQUE

La posologie de la mousseninc, par M. Thiel. — Cette substance est le principe actif de l'écorce du mousseua (Acacia

Digitized by Google

anthelminticoa) et succédané du kousso. Comme ce dernier, elle provient d'Abyssinie (*Schwertz Woch. fur Pharm.*, 1891, n° 15).

L'auteur préfère la moussenine à l'écorce de moussena. Elle n'a ni les effets vomitifs, ni la saveur du kousso et du moussena.

On la prescrit à la dose de vingt à trente centigrammes, dose qui correspond à 30 ou 50 grammes d'écorce en poudre ou bien en infusion. S. R.

Du bromure d'éthylène contre l'épilepsie, par M. Donath. — Dans les bromures alcalins, l'agent actif est le brome ; mais l'emploi prolongé à doses fortes de ces bromures entraîne des inconvénients sérieux, du côté de la peau, des muqueuses, du système nerveux, etc. Pour les remplacer, l'auteur a songé au bromure d'éthylène, $C_2 H_4 Br_2$. C'est un liquide légèrement brun, à odeur de chloroforme, d'une saveur sucrée, puis brûlante, qui contient 90,9 pour 100 de brome. Insoluble dans l'eau, soluble en toutes proportions dans l'alcool, il se dissout dans l'huile (*Société de médecine de Budapesth*, 18 avril 1891).

On peut l'ordonner sous les formes suivantes :

Bromure d'éthylène.. 5 grammes.
Huile..... } q. s. pour une émulsion de 100 gr.
Eau..... }

Donner à un adulte 2 ou 3 fois par 24 heures XXX gouttes dans 1/3 de verre d'eau sucrée ou dans du lait, augmenter progressivement tous les 3 jours ; donner ainsi XL gouttes, une cuillerée à café (L gouttes), une cuillerée à dessert (LXX gouttes).

Pour un enfant de 8 à 10 ans, commencer par X et XX gouttes.

Pour ménager l'estomac, on peut ajouter un peu d'extrait d'opium.

On peut encore prescrire :

Bromure d'éthylène..... } àà 5 grammes.
Alcool..... }

2 ou 3 fois par jour V, X ou XV gouttes dans du lait, ou bien des capsules de gélatine renfermant chacune III gouttes de bromure d'éthylène et VI gouttes d'huile d'amandes douces, 2 ou 3 fois par jour, 2 à 4 capsules.

Les conclusions qui découlent des 21 cas que l'auteur a traités par le médicament, sont que le bromure d'éthylène a sur la diminution du nombre et de l'intensité des crises une action au moins égale à celle du bromure de potassium, qu'il semble ne pas en avoir les inconvénients, qu'en tout cas, c'est une substance précieuse dans une maladie où le traitement est presque indéfini.

Confirmation de la valeur du médicament est donnée par le Dr Gustave Olah ; cependant, le Dr Bokai fait remarquer qu'à hautes doses l'action toxique sur le cœur se manifeste et commande une certaine circonspection. H. G.

REVUE DES LIVRES

Etudes de clinique infantile (Hospice des Enfants-Assistés, 1885-1889, par M. le Dr Sevestre, médecin de l'hôpital Trousseau. (E. Lecrosnier et Babé, Paris, 1891.)

Ce fascicule, qui comprend 155 pages, contient les conférences de l'auteur sur les principales maladies contagieuses de l'enfant et leur prophylaxie. La date récente de la publication nous faisait présumer que nous y trouverions, mis en bonne place, les travaux les plus récents. Notre espoir s'est pleinement réalisé. Ces leçons peuvent donc être considérées comme la mise au point des traités de pédiatrie pour ce qui a rapport à la diphtérie, à la scarlatine et à la rougeole, dont l'histoire y est complètement reprise.

Après avoir montré l'état hygiénique déplorable des hôpitaux d'enfants, il y a encore peu d'années, qui avait fait dire à Archambault : « A l'hôpital des Enfants-Malades, on ne meurt pas de la maladie qui vous y amène, mais de celle qu'on y contracte..... », la situation plus triste encore à l'hospice des Enfants-Assistés, l'auteur nous fait constater l'amélioration notable obtenue dans ces derniers temps et termine sa première conférence en établissant le bilan de nos connaissances sur les conditions de propagation des maladies contagieuses de l'enfance. C'est dans les crachats, dans les mucosités des voies aériennes, du pharynx et de la bouche, très rarement dans les urines, souvent dans les matières fécales, parfois dans la desquamation cutanée (scarlatine, érysipèle), mais non dans l'air, que siège l'élément contagieux, dont la vitalité semble considérable (microbisme latent, épidémies à foyers successifs, etc.). Quant à la transmission, elle se fait directement de l'enfant malade au sujet sain par contact direct, ou indirectement par les personnes, les animaux ou les objets, eau, lait, légumes, murs, rideaux, voitures). A côté de l'infection première, il faut tenir compte de la secondaire. La prophylaxie générale comprend deux mesures : 1° l'isolement (relatif au système Grancher, absolu au système Sevestre, isolement des contagieux, des suspects, des douteux) ; 2° la désinfection, incinération des détritus et des objets sans valeur, flambage, ébullition prolongée, étuvage à la vapeur sous pression, de la literie, du linge, des vêtements ; enfin, lavages et nettoyages avec les solutions antiseptiques du convalescent, des meubles, des locaux. Toutes ces notions générales forment une vaste introduction à l'étude détaillée de la diphtérie, de la scarlatine et de la rougeole. C'est par le menu qu'il faudrait prendre chacun de ces chapitres pour ne rien en perdre, ce qu'une analyse ne peut faire ; nous noterons quelques points principaux.

Pour la diphtérie, le médecin de l'hôpital Trousseau insiste d'une façon particulière sur l'importance de la désinfection de la literie et des linges, mais d'une désinfection sérieuse et complète à l'étuve de vapeur. C'est parce que cette mesure n'a pu être prise que partiellement que la diphtérie n'a pas diminué suffisamment à l'hospice des Enfants-Assistés, tandis qu'au Havre, on a obtenu, grâce à une désinfection bien entendue, des résultats remarquables : les décès pour diphtérie, après avoir oscillé entre 176 et 105, lorsqu'il n'y avait pas d'étuve, sont tombés progressivement à 41, de sorte que leur nombre total, qui avait été de 621 de 1880 à 1884, n'était plus que de 333 de 1885 à 1889. Le traitement de la diphtérie s'inspira des travaux de bactériologie les plus récents. M. Sevestre en résume les indications sous quatre chefs : 1° antisepsie locale ; 2° antisepsie générale ; 3° traitement général ; 4° traitement des complications. Chez les enfants, la méthode de M. Gaucher rencontre de grandes difficultés dans l'indocilité des petits malades ; or, si la surface dénudée n'est pas immédiatement cautérisée, le procédé devient dangereux ; aussi l'auteur préfère ne pas faire la dénudation et se servir du liquide comme badigeonnage, ou bien il s'adresse au naphtol camphré, à l'acide phénique à 5 0/0 glycériné, à la créosote (créosote 1 ; alcool, 10 ; glycérine, 20 [Legroux]), à l'acide salicylique à 1 ou 2 0/0, au perchlorure de fer, pur ou mélangé à partie égale à la glycérine, enfin, à la teinture d'iode.

A propos de la scarlatine, nous voyons relatées toutes les pièces du procès au sujet de l'origine bovine de la maladie et les conclusions de M. Thin, chargé par le Local Government Board de l'enquête au sujet de l'épidémie de Hendon, qui admettent que la transmission ne s'est pas faite par les vaches, mais par deux hommes habitant The Mead, où existent des blanchisseries de linge venant de Londres où la scarlatine est endémique.

La question de l'angine scarlatineuse pseudo-diphtérique

Digitized by Google

montre l'importance des infections secondaires ; elle a fait le sujet d'une revue dans ce journal (1).

La rougeole paraît avoir une incubation et une invasion d'une durée assez fixe : neuf jours pour la première, et quatre à cinq jours pour la seconde; de sorte que, dans l'immense majorité des cas, il se passe treize à quatorze jours entre le moment du contage et l'éruption. Nous avons publié un fait où cette durée a pu être mathématiquement vérifiée (2); nous en avons recueilli dernièrement un second aussi confirmatif. Cette fixité du laps de temps écoulé entre la contagion et l'éruption, c'est-à-dire l'époque du diagnostic ferme, peut permettre de fixer à quinze jours la quarantaine des suspects. L'importance de ce fait est bien mise au jour par M. Sevestre.

H. Gillet.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

CHIRURGIE

Du traitement de la péritonite tuberculeuse par la laparotomie

Cette question a suscité ces dernières années un grand nombre de discussions et de travaux, parmi lesquels nous citerons surtout la thèse de Maurange (Paris 1889), celle de Pic (Lyon 1890). Cette dernière est certainement le mémoire le plus consciencieux sur cette partie de la thérapeutique chirurgicale et à ce titre il mérite une mention et une attention toutes spéciales

Avant d'étudier l'action thérapeutique de toute intervention chirurgicale ou autre, il faut d'abord savoir dans quelle mesure les péritonites tuberculeuses sont curables. Chez l'adulte, la péritonite à forme fibreuse sèche ou ascitique, guérit quelquefois par le seul traitement médical ; elle guérit plus souvent chez l'enfant. La péritonite à forme ulcéreuse ne guérit qu'exceptionnellement et chez l'enfant seulement. La péritonite granulique est toujours fatale.

La première observation de laparotomie pour péritonite tuberculeuse est celle de Spencer Wells, qui ouvrit le ventre croyant avoir affaire à un kyste de l'ovaire et trouva une ascite tuberculeuse. Sa malade guérit parfaitement et restait encore guérie il y a un an. L'opération avait été pratiquée en 1862. Mais ce n'est que depuis ces dernières années qu'elle a été faite sur une large échelle et de propos bien délibéré, après un diagnostic dûment établi. D'après toutes les observations recueillies par de Maurange (Th. Paris 1889), celles que l'on trouvera dans le travail si riche de Pic (Th. Lyon 1890), il paraît bien établi que la laparotomie a surtout une action curative incontestable dans les formes fibreuses et en particulier dans la variété ascitique. C'est contre cette dernière qu'elle remporte ses plus beaux triomphes. Outre les cas signalés dans la thèse de Pic, nous rappellerons que l'année dernière plusieurs faits analogues ont été présentés à la Société de Chirurgie (séance du 18 juin 1890), à propos d'une communication de notre collègue le Dr Terrillon. Est-il possible néanmoins d'affirmer la guérison complète ? Cela n'est permis que si l'opérée a été suivie un long temps après l'opération. Ce qui est incontestable c'est l'amélioration immédiate, persistante, pendant un ou deux mois et plus même chez les malades sujets à la récidive.

Nous avons eu l'occasion de laparotomiser, il y a quinze mois, une malade atteinte de péritonite tuberculeuse à forme ascitique et manifestations urémiques graves.

Deux mois après la laparotomie qui avait remis la malade sur pied, alors qu'une ponction évacuatrice n'avait donné aucun résultat, le liquide se reproduisait et depuis nous avons été obligé de pratiquer tous les deux ou trois mois une ponction évacuatrice. Mais la patiente se porte bien, elle va et vient, vaque aux soins de son ménage et n'a plus jamais présenté les accidents menaçants que nous avions primitivement observés.

On n'a le droit de parler de guérisons radicales que lorsque les malades ont été suivis pendant longtemps et que le diagnostic a été établi sur des bases bactériologiques solides. Pour être efficace, la laparotomie doit être précoce.

La laparotomie peut aussi réussir dans les formes sèches ou avec adhérences sans ascite. L'opérée présentée par notre collègue Terrillon à la Société de Chirurgie, l'année dernière, en est un bel exemple. Il s'agissait d'une jeune fille de 16 ans, pâle, amaigrie, traitée par tous les moyens médicaux possibles. La laparotomie permit d'arriver sur le péritoine rempli de fausses membranes couvertes de granulations tuberculeuses. Les anses intestinales étaient agglutinées par ces adhérences épaisses, résistantes et farcies de tubercules, très difficiles à dissocier et saignant beaucoup. Toutes les parties déchirées furent lavées à l'eau phéniquée forte. La plaie abdominale fut fermée sans drainage. Les vomissements et les coliques disparurent, l'appétit revint, l'alimentation put se faire et le 16 juin la malade avait engraissé de huit livres en quinze jours.

Dans la forme ulcéreuse suppurée, l'incision abdominale n'a qu'une valeur curative bien moindre. Elle ne guérit pas aussi fréquemment, elle n'est souvent que palliative.

Les résultats opératoires en sont tels dans la forme ulcéreuse sèche que la laparotomie est tout à fait contre-indiquée.

Voici quelques chiffres qui donneront une idée des chances de guérison dans chacune des variétés: ils sont basés sur un nombre respectable d'observations recueillies par Pic. Dans la péritonite à forme ulcéreuse suppurée, la guérison a été obtenue dans 42,85 0/0 des cas; dans la forme fibreuse sèche dans 71, 42 0/0; dans la forme ascitique généralisée dans 73,33 0/0 et enfin dans la forme ascitique enkystée dans 95,12 0/0 des cas.

En somme, excellents résultats pour les formes ascitiques, surtout la forme enkystée; bons dans les formes sèches; médiocres dans la forme ulcéreuse suppurée ; mauvais dans la forme ulcéreuse sèche.

C'est ici le lieu de parler de l'intervention pratiquée et conseillée par M. Debove. Il communiqua

(1) Voir n° 1 de 1891.

(2) *Revue gén. de clin. et de thérapeut.*, 24 mars 1890.

Digitized by Google

à la Société médicale des hôpitaux, le 10 octobre 1890, l'observation d'une jeune femme de 28 ans qui, atteinte d'une péritonite tuberculeuse bien avérée avec ascite et 40 degrés de température, est ponctionnée. On lui fait ensuite le lavage du péritoine avec deux litres d'eau bouillie, saturée d'acide borique.

Les jours suivants la température baissait, l'état général s'améliorait; le ventre reprenait peu à peu son volume normal. Puis les forces de la malade, l'embonpoint croissant peuvent faire croire qu'elle est guérie.

Quoiqu'il en soit, nous ne sommes pas partisan de la ponction avec lavages consécutifs; c'est comme le dit Routier un moyen aveugle. Avec la laparotomie, le chirurgien sait ce qu'il fait; il explore les moindres recoins de la cavité abdominale, il ne court pas le risque de traverser une anse d'intestin et d'ouvrir à l'aveugle une porte à l'infection de la séreuse péritonéale.

Les contre-indications à la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse, même à forme ascitique, sont les suivantes: lésions pulmonaires avancées; lésions ulcéreuses intestinales et lésions pleurales concomitantes (pleurésies avec épanchement). L'existence d'une fièvre sans cause appréciable, indice d'une généralisation imminente ou déjà existante, contre-indique encore la laparotomie.

Par contre, l'occlusion intestinale au cours d'une péritonite tuberculeuse est une indication d'urgence de l'ouverture de l'abdomen.

Le manuel opératoire de la laparotomie dans les cas de péritonite tuberculeuse ne diffère en rien de ce que nous connaissons. Antisepsie et asepsie sévères, voilà le point essentiel. Si la péritonite est ascitique, on évacuera l'épanchement, puis on lavera la cavité péritonéale avec de l'eau bouillie ou un liquide antiseptique faible. On pourra toucher les points les plus altérés avec une éponge saupoudrée de poudre d'iodoforme.

Quand il s'agira de formes sèches, et que les intestins seront agglutinés par des fausses membranes, l'on pourra les dissocier si la chose est facile, en ayant grand soin de ne pas rompre la paroi intestinale souvent friable, puis toucher les surfaces malades avec de l'iodoforme ou du naphtol camphré.

Dans les cas de péritonites enkystées avec abcès, l'on ira à la recherche du pus; on ouvrira la cavité le contenant et on tamponnera, après nettoyage complet, avec le tampon à la gaze iodoformée de Mikulicz.

Quant au mode d'action de la laparotomie, il a été beaucoup discuté et les opinions les plus diverses se sont fait jour. Quand on a affaire à la forme ascitique, elle a une action immédiate: elle pare à la gêne respiratoire (dyspnée, congestion pulmonaire, hydrothorax par propagation) et à la gêne circulatoire (compression des veines caves, œdème des membres inférieurs, phlegmatia alba dolens), compression des veines rénales et albuminurie, elle pare aussi aux accidents mécaniques du côté du tube digestif. Certains auteurs admettent qu'on élimine de la sorte un bouillon de culture pour le bacille tuberculeux. Toujours est-il qu'il semble que l'on favorise de la sorte le processus de transformation fibreuse du tubercule, processus éminemment curateur de la tuberculose.

Dr E. Schwartz.
Professeur agrégé à la Faculté.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'hypertoxémie tardive dans la diphtérie (1)

Par M. le Dr H. Dauchez,
Ancien interne de l'hôpital des Enfants-Malades

Depuis quelques années, la plupart des médecins adonnés à la pratique des maladies de l'enfance ont cherché à élucider, au double point de vue clinique et thérapeutique, l'évolution de la fausse membrane diphtéritique et son retentissement sur la santé générale des sujets.

Mieux connue aujourd'hui dans son essence, la toxicité de la diphtérie peut se résumer en peu de mots.

Lésion primitivement locale, la fausse membrane renferme, pour qui sait le chercher, le microbe de Lœffler, dont la présence engendre des toxines subtiles, cause de l'empoisonnement diphtéritique sans pénétration du bacille dans le sang, la plupart des sujets intoxiqués mourant sans qu'il soit possible de rencontrer le microbe dans aucun viscère.

De là l'utilité des divers traitements locaux préconisés, destinés à détruire sur place le microbe producteur des toxines, dont la pénétration dans le sang tue la plupart des sujets infectés.

Mais s'il importe de connaître théoriquement et scientifiquement l'évolution du poison diphtéritique, il importe plus encore de chercher à déterminer *dans quels délais peut se produire la pénétration des toxines* dans l'économie; en d'autres termes, combien de temps faut-il au microbe pour produire les toxines mortelles, et, pour être plus précis, passé quels délais peut-on espérer voir la diphtérie locale s'effacer sans infecter l'économie (2) (forme hypertoxique)?

Pour répondre à cette question, consultons le tableau cité par notre savant maître M. le Dr Cadet de Gassicourt. Nous y verrons que, sur 112 cas, l'hypertoxémie mortelle est survenue 105 fois avant le treizième jour, à compter du début, et 7 fois passé ce délai.

On peut donc dire que la diphtérie toxique tue, dans l'immense majorité des cas, dans les dix premiers jours de l'envahissement de l'économie.

Beaucoup plus rarement, et c'est là le côté intéressant des observations annexées à ces quelques réflexions préliminaires, le poison diphtéritique infecte tardivement, mais non moins gravement, l'économie.

On assiste alors tantôt à la pénétration des toxines dans tous les appareils simultanément (hypertoxémie vraie (observ. I), tantôt, au contraire, à la suppression brusque

(1) *Société médico-pratique*, séance du 26 mai 1891.

(2) Nous n'entendons parler ici que des formes hypertoxiques de la diphtérie, les paralysies de même ordre apparaissant généralement, sans entraîner la mort, dans les quarante jours qui suivent l'angine (Damaschino).

Digitized by Google

des fonctions du rein, avec accidents urémiques (observ. II, III et IV), alors même que la diphtérie n'existe plus et que le croup est guéri (obs. II).

L'observation suivante, jointe aux quelques faits cliniques rapportés par M. Cadet de Gassicourt, montrera une fois de plus la réserve absolue que commande, au point de vue pronostic, la marche secondaire de la diphtérie.

Il s'agit d'un enfant de la ville, dont l'histoire présente trois phases absolument distinctes :

Première phase : Diphtérie locale, amygdalienne, bénigne, sans retentissement aucun sur la santé générale, *du 10 au 15 avril* (5e jour).

Deuxième phase : Diphtérie extensive, brusquement du 15 au 20 avril (amygdales, luette, voûte palatine, muqueuses buccales, laryngées, pharyngées et nasales) sans intoxication générale, sans albuminurie, l'appétit, le sommeil restant excellents, et sans adénopathie (*du 15 au 21 avril*) (11e jour).

Troisième phase : Diphtérie hypertoxique du 21 au 23 avril (hypertoxémie brusque, pâleur de la face, adénopathie, broncho-pneumonie et albuminurie) indices évidents de la pénétration brusque des toxines dans le sang.

Pour compléter ce coup d'œil sommaire sur l'histoire de notre malade, nous croyons devoir rapporter brièvement la marche des accidents.

Obs. I. — Le 10 avril dernier, j'étais appelé rue d'Assas, chez Mme C..., dont la fillette, âgée de trois ans et demie était rentrée, la veille au soir, du Luxembourg, avec la fièvre (temp. 40°1 sous l'aisselle), se plaignant de mal de gorge.

Je savais, par ailleurs, que plusieurs enfants avaient succombé depuis peu à la diphtérie, rue Vavin, rue du Luxembourg et rue du Four, non loin de chez ma jeune malade.

L'examen de la gorge ne pouvait laisser l'ombre d'un doute sur la nature de l'angine diphtéritique occupant exclusivement d'ailleurs les amygdales. (Très légère adénopathie, pas de scarlatine.)

Le jour même, vomitif suivi d'irrigations d'eau additionnée de vinaigre de Pennès et de badigeonnages au pinceau de molleton imprégné du collodion suivant :

Miel rosa.....	15 gr. »
Chlorate de potasse.....	1 gr. »
Acide phénique.....	0 gr. 30

Le 11 avril (2e jour. Amélioration locale. Pas de tuméfaction ganglionnaire. Pas d'albumine. Température, 38°4 ; le soir, 38°6.

Le 12 avril (3e jour). Idem. Même traitement. Température, 38°2 ; le soir, 38°4.

Le 13 avril. Les amygdales sont presque débarrassées. Etat général excellent. Température, 38 degrés.

Le 14 avril (5e jour). Repullulation des fausses membranes sur les amygdales, coïncidant avec la substitution des irrigations d'eau de chaux. Traitement précédent.

Le 14 avril au soir. — Epistaxis — coryza couenneux suivi de jetage.

Le 15 avril (6e jour). Etat stationnaire le matin.

A ma visite du soir, le tableau a changé du tout au tout. Le voile du palais, la luette, la voûte palatine, le pharynx sont tapissés par de vastes fausses membranes grises, peu épaisses, rappelant l'aspect de la toile d'araignée. Pas d'albumine dans les urines, pas d'adénopathie. L'état général reste bon. L'enfant s'alimente et dort bien, mais la fièvre persiste.

Je préviens la famille, qui demande en consultation M. le Dr Cadet de Gassicourt. Le traitement du Dr Gaucher est institué. Mais à la place des irrigations phéniquées on pratique des lavages d'eau boriquée additionnée de tannin, vu l'état de la bouche et du pharynx qui saigne au moindre contact (toutes les quatre heures seulement).

Le 16 avril (7e jour), *le 17 avril* (8e jour). Sur le conseil de M. Legroux, appelé dans la soirée, les régions malades sont essuyées et les fausses membranes détachées à l'aide de carrés de molleton portés sur de grandes pinces à écrou, à mors longs, puis badigeonnés au moyen de tampons d'ouate imbibés de la solution du Dr Gaucher. L'irrigation et le badigeonnage sont pratiqués jour et nuit, toutes les quatre heures).

Les 18, 19, 20 avril. L'état local paraît s'améliorer sauf dans la soirée du 20 avril où les fausses membranes se sont reproduites. En outre, depuis deux jours l'enfant vomit et refuse le lait. Du bouillon additionné de peptone, du vin de quinquina coupé de liqueur de cassis, du café noir sont prescrits et acceptés. Pas d'albumine dans les urines. T. 38°.

Dans la *nuit du* 21 *avril* (12e jour), agitation, délire. Dyspnée, sommeil très agité. Au réveil je trouve l'enfant pâle, défaite, les ganglions du cou sont tuméfiés, l'urine est devenue albumineuse. Un léger enrouement sans tirage annonce l'invasion du larynx par la diphtérie. Presque simultanément de nombreux râles envahissent le sommet du poumon gauche et bientôt après l'autre poumon (T. 40°2 dans l'aisselle). (Pot. chloral 1 gr.) Effet nul, l'agitation persiste.

Le 22 avril, l'état s'aggrave encore. Quelques injections d'ether sont pratiquées. Le chloral est continué; malgré tous ces moyens, l'hypertoxémie s'accuse de plus en plus.

Dans la *nuit du* 23 *avril* (13e jour). L'enfant succombait à la dyspnée broncho-pneumonique et à l'asphyxie blanche sans accès de suffocation, et sans que le croup pût être incriminé.

Cette première observation nous montre l'extrême virulence des toxines à une période avancée de la diphtérie, malgré les lésions peu avancées du rein.

Dans les trois cas suivants, où l'hypertoxémie tardive s'est manifestée en troublant les fonctions rénales, la mort a été plus rapide encore.

Obs. II. — Dans le courant de l'année 1883, alors que nous avions l'honneur d'être l'interne de M. le Dr Labric, alors chargé du service de la diphtérie, je dus opérer à l'hôpital des Enfants, un jeune garçon âgé de dix ans, couché au n° 8 de la salle d'isolement.

L'opération terminée, l'enfant guérit en 8 à 10 jours, époque à laquelle la canule fut retirée. Déjà même la plaie était cicatrisée, sans aucune complication, sauf un très léger nuage d'albumine dans les urines (dont la présence avait nécessité l'emploi du bocal gradué) — lorsque vers le 15e jour de la maladie, le taux des urines s'abaissa brusquement. Le 16e jour, paraissaient des vomissements, une céphalée intense. Le 17e jour, l'enfant, dont les urines ne dépassaient pas 250 gr. par jour, pâlissait brusquement. Les vomissements, la dyspnée, la céphalée, l'albuminurie s'accentuaient d'avantage. Bref, l'enfant succombait le 18e jour, à l'empoisonnement urémique, alors que la plaie trachéale était guéri, et sans qu'il restât aucune trace de la diphtérie, cause éloignée de la mort. Cette observation mérite d'être rapprochée des deux faits suivants plus récents, d'urémie tardive.

Obs. III et IV. (*Archiv. f. Kinderhk. t. XI fasc* 2.) Les deux faits suivants, rapportés par le Dr Cassel, ont été recueillis à la policlinque du Dr Baginsky. Ces accidents d'urémie, comme l'observe l'auteur, sont heureusement fort rares.

1er *cas.* — Fillette, âgée de 4 ans et 3 mois, présentant, à partir du 4e jour de sa diphtérie, dans ses urines, du sang et une

Digitized by Google

quantité notable d'albumine. La mort arriva au bout de 17 jours de maladie avec des phénomènes d'urémie (convulsions, anasarque). Il était survenu, en outre, quelques heures avant la mort, une hémiplégie droite dont on ne trouva point la cause à l'autopsie (1). L'autopsie démontra l'existence d'une néphrite parenchymateuse et d'un œdème marqué de la pie mère.

2e *cas*. — Fillette âgée de 3 ans (diphtérie du pharynx et de la vulve). Vers le 18e jour de la maladie, alors que le processus diphtérique semblait en bonne voie de guérison, il survient une diminution de la sécrétion urinaire, une albuminurie intense et des convulsions; mort au bout de deux jours. A l'autopsie, on trouva les lésions suivantes : néphrite parenchymateuse et dégénérescence graisseuse du cœur.

En terminant, qu'il nous soit permis de tirer quelques déductions pratiques ressortant plus particulièrement de la première observation présentée ci-dessus.

1° La diphtérie est une affection le plus souvent fébrile à toutes ses périodes, chaque élévation de température indiquant l'extension du processus diphtérique;

2° Le danger d'hypertoxémie persiste jusqu'au 13e et même 18e jour. Il menace plus particulièrement les sujets albuminuriques atteints d'anurie;

3° La suppression des injections phéniquées ou salycilées nécessitée par l'état ulcéreux de la bouche a paru coïncider deux fois avec un retour offensif de la diphtérie.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

MALADIES DES ENFANTS

I. **Traitement de la coqueluche par le chloral.** — Quelles sont les indications de ce traitement? Les cas simples, exempts de bronchite et d'accidents congestifs: la chloralisation comme la narcotisation pouvant être redoutables en retardant l'expulsion des crachats, et en prédisposant à l'encombrement bronchique et aux congestions.

Le chloral ne convient donc qu'aux cas simples et a paru quelquefois en abréger la durée.

Comment le prescrire? Aux doses suivantes, d'après M. Joffroy :

Avant cinq ans : 1 gr. à 1 gr. 20 par jour.
Au delà de cinq ans : 2 gr. à 2 gr. 50 par jour.

On peut le mélanger à la confiture de groseilles. Dans ce but, le même observateur conseille de dissoudre la dose de chloral dans l'eau et de l'incorporer à la confiture, à raison de 50 centigrammes par cuillerée à bouche.

D'autre part, dans la période spasmodique, il est utile d'associer le chloral aux bromures alcalins; on peut alors prescrire l'une des potions suivantes :

Bromure de potassium }	ãã 2 grammes.
Bromure d'ammonium }	
Bromure de sodium	4 —
Hydrate de chloral	3 —
Sp. d'écorces d'oranges amères	60 —

Une cuillerée à café, à dessert, ou à bouche selon l'âge de l'enfant, dans un verre de lait dans lequel on a émulsionné un jaune d'œuf (Dujardin-Beaumetz).

Aux tribromures alcalins il faut préférer cependant le bromure de sodium que l'on formulera ainsi :

Bromure de sodium	6 grammes.
Hydrate de chloral	3 —
Sp. de fleurs d'oranger	60 —

Mêmes doses en émulsion dans un lait de poule.

MÉDECINE

II. **Sirop de dentition à la cocaïne.** — On a essayé d'utiliser les vertus anesthésiques de la cocaïne sur les muqueuses pour diminuer la sensibilité de la muqueuse gingivale. Entre autres formules, celle-ci a été proposée par Bouchut :

Hydrochlorate de cocaïne }	ãã 50 centigr.
Borate de soude }	
Sirop diacode	5 grammes.
Sirop de guimauve	10 —

Pratiquer quatre applications de ce sirop sur les gencives.

III. **Traitement hydrargyrique de la tuberculose pulmonaire.** — Proposée par Tranjen (de Sistow) et essayé par Ewald (de Berlin), cette médication conviendrait à la phtisie pulmonaire au début, plutôt qu'aux phases avancées de la maladie.

Il consiste dans l'administration combinée d'iodiques par la voie buccale et des mercuriaux par la voie sous-cutanée.

1° Tous les huit jours on injecte sous la peau un gramme de la préparation suivante :

Thymolo-acétate de mercure	1 gr. 50.
Paraffine liquide	20 grammes.

M. s. a.

L'injection est pratiquée dans la région fessière.

2° Dans l'intervalle de ces injections, on fait ingérer chaque jour trois grandes cuillerées d'une solution iodurée.

Iodure de potassium ou de sodium	5 grammes.
Eau	200 —

Toutefois, s'il existe de l'état fébrile, il convient d'attendre la chute de la température avant de commencer l'emploi des iodiques.

D'après MM. Ewald et Tranjen, l'amélioration serait constatée par la diminution de la toux et l'augmentation de poids du corps.

C'est donc une médication à essayer. Toutefois, pour juger de sa valeur il est regrettable de ne pas connaître le résultat de l'examen bactériologique des crachats.

IV. **Une formule de vin phosphaté et créosoté.** — Elle a été proposée par M. Verrière et a pour objet de préparer ce vin médicamenteux sans opération de filtrage; cette opération diminuant son activité :

Vin de quinquina	250 grammes.
Vin de malaga	200 —
Lactophosphate de chaux	5 —
Alcool	50 —
Créosote de hêtre	5 —
Arséniate de soude	1 centigramme.

On dissout le lacto-phosphate de chaux dans le vin de malaga et on ajoute l'arséniate de soude. On pèse à part l'alcool et la créosote. On mélange ensuite par une agitation suffisante les deux solutions. S. R.

(1) Il s'agissait là, suivant toute vraisemblance, d'une hémiplégie d'origine urémique analogue à celles dont nous avons rapporté un exemple et fait mention dans le n° de la *France médicale*, 2 février 1886.

Digitized by Google

REVUE DES CONGRÈS

Congrès des sociétés savantes de Paris et des départements

I. La folie et les hallucinations des enfants. — II. L'étiologie de la grippe. — III. La topoalgie. — IV. Anesthésie chloroformique mixte. — V. De l'anémonine.

Ce congrès s'est réuni le 25 mai dernier et parmi les communications qui sont de nature à intéresser les médecins, nous notons les suivantes :

I. **La folie et les hallucinations des enfants.** — Dans une double communication, M. Moreau, de Tours, a traité cette question.

La *nature des hallucinations* chez l'enfant est spéciale, dit-il. — L'analyse de nombreuses observations tant personnelles que puisées dans les auteurs, établit nettement la nature de l'hallucination du jeune âge, quel que soit le sens que ces hallucinations affectent. Dans l'immense majorité des cas, elles revêtent une forme terrifiante, pénible, douloureuse même, qu'on pourrait comparer à celle que l'on observe dans le délire alcoolique.

Au point de vue médico-légal, *comment doit-on considérer la folie chez les enfants?* Après avoir passé en revue les textes de loi qui arment la société contre les délits commis par l'enfant, M. Moreau, de Tours, constate que le rôle de la médecine légale dans l'appréciation des actes commis par les enfants est un rôle très borné. La loi est formelle. L'âge du discernement établit nettement l'âge auquel un enfant peut être déclaré coupable et, par suite, responsable de ses faits et gestes. Dès lors, l'enfant qui aura commis un délit sera enfermé dans une maison de correction jusqu'à sa majorité, s'il a été reconnu sain d'esprit, dans un asile d'aliénés s'il a été prouvé son état de délire ou d'imbécillité.

II. **L'étiologie et la pathogénie de la grippe.** — M. Tessier, de Lyon, expose après quelques considérations cliniques sur l'évolution de la grippe infectieuse, les résultats des recherches entreprises avec MM. Roux et Pittion sur le micro-organisme trouvé dans le sang et les urines de divers grippés entrés cette année à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

L'étude de ce micro-organisme a été poursuivie dans les différents milieux de culture (gélatine, agar, pomme de terre). Il s'agit d'un diplobacille unicapsulé dont la reproduction par sporulation est très nette dans les cultures de pommes de terre.

Les propriétés pathogènes de cet organisme ont été étudiées par voie d'inoculation intraveineuse chez l'animal. Enfin, ce microorganisme a des affinités étroites avec celui que Jollès à Vienne, Sefier à Wurtzbourg, Kischner à Berlin, ont considéré comme l'élément générateur de la grippe et de l'influenza. Il a aussi une certaine ressemblance avec celui qui a été trouvé dans les eaux de la Moscowa rapportées par M. Tessier, — toutes considérations bien faites pour autoriser à lui accorder *un influence pathogénique importante*

III. **La topoalgie.** — Ce symptôme méritait, sans doute, une description particulière. M. Blocq l'a pensé et l'a donné aux congressistes. La voici.

Ce symptôme dépend de la neurasthénie, une affection souvent décrite durant ces dernières années et dont on éprouve, paraît-il, comme M. Blocq le fait, le besoin de dédoubler les symptômes en les groupant sous des noms nouveaux dans des groupes morbides également nouveaux. La topoalgie consiste dans ce fait que ses victimes accusent une douleur localisée dans une région variable mais non anatomiquement ou physiologiquement délimitée.

La plaque douloureuse peut exister seule et constituer ainsi toute la maladie, mais plus souvent elle coexiste avec des stigmates neurasthéniques qui indiquent sa parenté morbide. Sa marche est extrêmement lente : elle dure des mois, parfois des années, et se termine très souvent par la guérison. Le diagnostic doit en être fait avec les algies des hystériques et des hypochondriaques.

Les causes de la topoalgie se trouvent à l'origine de la neurasthénie, mais elle admet plus particulièrement l'influence des affections locales traumatiques ou autres.

Il parait vraisemblable que le syndrome topoalgique est la manifestation clinique de la fixité d'une image ressortissant au domaine de la *sensibilité* analogue aux idées fixes ressortissant au domaine de l'*intellectualité*, dont le mécanisme psychologique différerait de celui des autosuggestions de douleur, de l'hystérie et des obsessions émotives des hypochondriaques.

Le traitement basé sur cette conception théorique comporte deux indications : rétablir l'équilibre psychique et mobiliser l'image sensitive fixe. Ce dernier but a été atteint dans quelques cas à l'aide de manœuvres d'électrisation.

IV. **De l'anesthésie chloroformique mixte.** — Sous ce nom on désigne l'emploi combiné de chloroforme, de l'atropine et de la morphine. Proposée pour remédier aux accidents de l'inhalation chloroformique simple, M. Pozzi (de Reims) l'a soumise à une expérimentation clinique particulièrement minutieuse et portant sur des opérations différentes et de gravités diverses (désarticulation de cuisse, hernies étranglées, cure radicale de hernies, tumeurs du sein, de la cuisse, etc.) et sur des opérés dont l'âge a varié de douze à soixante-quatorze ans, tant hommes que femmes.

De ces expériences il résulte que si l'anesthésie n'est pas aussi rapide que l'ont affirmé les premiers expérimentateurs, s'il y a dans le tant pour cent horaire de la dose de chloroforme nécessaire à produire l'anesthésie des variations qui oscillent sensiblement comme dans l'anesthésie chloroformique simple, le sommeil obtenu par ce procédé est calme : point d'à-coup, point de nausées, de vomissements.

Mais l'action la plus remarquable de l'anesthésie porte sur la fonction cardiaque. Le plus grand danger de l'anesthésie chloroformique, ce sont les syncopes inhibitoires du début de l'anesthésie. Or, sous l'influence de l'anesthésie mixte, le pouls se régularise et conserve tout le temps de l'anesthésie une sérénité parfaite. Cette action bienfaisante a été particulièrement manifeste sur un opéré de désarticulation de cuisse. Le chirurgien et ses aides n'avaient qu'une crainte, c'est que le malade ne restât sur la table d'opération pendant l'anesthésie.

En somme, si la chloroformisation mixte ne présente pas tous les avantages annoncés par les promoteurs de ce mode d'anesthésie, elle offre une sécurité incontestable contre les accidents cardiaques. Elle est particulièrement recommandable chez les individus atteints d'une affection du cœur, chez ceux dont le système nerveux est particulièrement susceptible, et dans les opérations prédisposant plus que d'autres aux actes inhibitoires : hernies, opérations sur les nerfs ou dans le voisinage des gros troncs nerveux, dans les interventions sur le système nerveux central, cerveau et moelle.

V. **De l'anémonine.** — Ce principe actif est extrait de la sylvie (anémone des bois). C'est une substance solide, cristallisée en aiguilles, parfaitement définie. Elle a sur l'économie une action très énergique. A dose élevée, sa toxicité est considérable. Dans les expériences, on observe les symptômes suivants : hoquet, hébétude, tremblement des membres, diarrhée sanguinolente. Bientôt les fonctions des sens se pervertissent ; il se produit des spasmes, des convulsions, et la mort survient par paralysie.

Au point de vue thérapeutique, d'après M. Dupuy qui aurait pu rappeler utilement les travaux de ses devanciers, l'anémonine constitue un agent de grande valeur. Elle agit avec

Digitized by Google

efficacité dans le catarrhe aigu et chronique des bronches, surtout comme calmant de la toux spasmodique et irritative de la coqueluche ; elle est préconisée dans certaines maladies des yeux, taies, albugos de la cornée, amblyopies, amauroses, surtout quand elles sont greffées sur la diathèse arthritique et rhumatismale ou compliquées de troubles fonctionnels des organes abdominaux. Elle est en outre douée de puissantes propriétés emménagogues. S. R.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES FRANÇAISES

AMIENS. **Société médicale** (1er mars 1891). — I. *Fracture rotulienne de cause directe.* — BORDEAUX. **Société de médecine et de chirurgie** (28 avril 1891). — II. *Traitement des tumeurs blanches par l'huile iodoformée.* — LILLE. **Société de médecine du Nord** (10 avril 1891). — III. *Hydropisie de l'appendice vermiculaire.* — LYON. **Société de médecine.** — IV. *Traitement des épanchements pleurétiques par l'antipyrine.* — V. *De la propagation des souffles dans l'endocardite.*

I. **Fracture rotulienne de cause directe.** — Cette observation intéressante a été rapportée par M. PEUGNIEZ. La fracture résultait d'un coup de pied reçu sur le genou : les fragments étaient écartés de trois centimètres et on les réunit par suture métallique. Le vingtième jour, le malade pouvait marcher avec des béquilles.

Cependant, un accident se produisit deux mois plus tard pendant des essais de mobilisation. Il y eut un écartement des fragments. On immobilisa de suite le membre ; l'anse métallique fit issue et fut extraite, et deux mois plus tard le malade était guéri. Il marchait aisément bien que l'articulation conservât encore de la raideur.

II. **Traitement des tumeurs blanches par l'huile iodoformée.** — Le fait que M. BOURSIER vient de communiquer à ses collègues est intéressant au point de vue thérapeutique. Son malade était atteint de quatre tumeurs blanches, deux aux articulations tibio-tarsiennes et deux aux articulations radio-carpiennes.

Un traitement général par l'iodoforme à l'intérieur fut institué. On donna ce médicament à la dose quotidienne de cinq centigrammes. Localement on pratiqua des injections dans l'intérieur des articulations malades avec l'huile iodoformée ainsi formulée :

Huile d'olive pure et stérilisée.... 100 grammes
Iodoforme..... 2 grammes

Chaque injection du contenu d'une seringue de Pravaz, soit un gramme, fut pratiquée dans l'intérieur de l'articulation radio-carpienne avec toutes les précautions hygiéniques convenables et on immobilisa l'article dans une gouttière sous un pansement compressif à l'ouate.

La continuité de ce traitement amena une amélioration telle que la tuméfaction et la douleur articulaires disparurent et que les fonctions des membres furent récupérées.

M. Boursier présente cet exemple comme une preuve de l'utilité de cette médication, mais, conclusion légitime et prudente, non pas comme une démonstration absolue de son efficacité dans tous les cas. On peut donc conclure, avec lui, à l'utilité de la mettre à l'essai dans des faits semblables, et avant une intervention opératoire qui, en cas d'insuccès, s'imposerait.

III. **Hydropisie de l'appendice vermiculaire.** — Cette lesion anatomique est rare. Elle a été trouvée par M. COMBEMALE à l'autopsie d'une femme de soixante ans, morte de pneumonie. Cette appendice mesurait 20 cent. de longueur sur 10 de circonférence et portait à son extrémité un kyste du volume d'une mandarine.

Dans le cas présenté dernièrement par Guttmann à la Société de médecine interne, l'appendice vermiculaire mesurait 14 cent. de long et 21 cent. de circonférence, et fut trouvé par hasard à l'autopsie d'une femme de 70 ans ; il ajoutait : « L'hydropisie de l'appendice survient ordinairement à la suite de l'occlusion de son orifice cœcal. Les sécrétions s'accumulent, distendent peu à peu l'organe, en même temps que les sécrétions perdent leurs caractères primitifs et deviennent plus riches en eau. La pathogénie de l'affection peut être due à l'inflexion de l'appendice maintenu dans une position anormale par des adhérences provenant d'un processus péritonitique ou d'une inflammation qui a pour résultat l'accolement des parois de l'organe ».

Dans la pièce de M. Combemale, l'appendice vermiculaire a un calibre perméable à un stylet de trousse sur 12 centim. de long et voyant sur la partie du cylindre qui a été ouvert des produits de sécrétion muqueuse encore adhérents, coagulés qu'ils avaient été par leur immersion prolongée dans le liquide de Müller. Il y avait l'accolement des parois de l'appendice et au-dessous la tumeur kystique et contenant un liquide colloïde, gélatiniforme, ressemblait à l'œil nu en bien des points à celui de la sécrétion muqueuse ci-dessus signalée dans l'appendice resté sain.

Ces analogies permettent de placer ce fait à côté de celui de Guttmann et d'y voir une hydropisie congénitale de l'appendice vermiculaire. Au demeurant l'étiologie de ces cas est absurde.

IV. **Traitement des épanchements pleurétiques par l'antipyrine,** — Les faits observés par M. CLÉMENT présentent, on en conviendra, un réel intérêt de curiosité, et s'ils se vérifiaient, une véritable importance pratique.

Ces faits, au nombre de vingt, sont le résultat d'études cliniques entreprises selon la méthode suivante :

Quand un malade présente des signes d'épanchement pleural, M. Clément trace au crayon de nitrate la limite supérieure de la matité et administre systématiquement l'antipyrine, sauf dans les cas où l'épanchement est *hématique* ou bien *purulent*.

Dès le lendemain ou le surlendemain, la hauteur de la matité diminue et parfois, après quarante-huit heures, l'épanchement disparaît. La dose quotidienne d'antipyrine est de six grammes que l'on administre de quatre en quatre heures par prises de un gramme.

Après la résorption du liquide, on continue la médication pendant quelques jours et à la dose quotidienne de quatre grammes.

La médication ne donne point de résultat, quand l'épanchement est purulent ; elle s'applique donc aux pleurésies aiguës *a frigore* avec fièvre et aux pleurésies latentes.

Comment expliquer cette action ? A peine une augmentation très faible des urines, peu ou point de sueurs ; dans les cas les plus heureux, on ne peut donc invoquer, ni une crise du côté des reins, ni une crise du côté de la peau. Il faut donc, ajouterons-nous, accepter ces faits, les contrôler et, s'ils sont exacts, en tenir compte sans s'attarder à une explication théorique encore mystérieuse. Les essais de M. Clément méritent de trouver des imitateurs.

V. **De la propagation des souffles d'endocardite.** — M. PERRET compare cette propagation chez l'adulte et chez l'enfant.

On s'entend peu sur l'étendue de cette propagation, ce qui prouverait son existence dans les souffles mitraux comme dans ceux de l'aorte. En tout cas, le rétrécissement dans une grande étendue est plutôt une éventualité rare chez l'adulte, alors qu'elle semble plutôt la règle pour l'enfant.

M. Perret établit trois catégories de faits chez l'enfant.

Le premier groupe, le moins nombreux, comprend ceux qui

Digitized by Google

rappellent le type observé communément chez l'adulte. Il s'agit de souffles systoliques de la pointe s'étendant plus ou moins du côté de l'aisselle.

Le deuxième groupe concerne des malades chez lesquels le souffle dépassant les limites habituelles de la région précordiale et de l'aisselle, se perçoit dans toute la région thoracique antérieure et retentit encore, en arrière surtout, au niveau de la colonne vertébrale. Et, à cet égard, ce retentissement a lieu tantôt simplement sur la colonne, dans la ligne de niveau du cœur, tantôt et plus souvent dans toute l'étendue de la tige osseuse, depuis la nuque jusqu'au sacrum.

Dans la troisième catégorie entrent les cas où la propagation du souffle se fait dans une étendue vraiment prodigieuse ; non seulement il peut être perçu dans toute l'étendue du thorax, en avant comme en arrière, à gauche comme à droite, mais abandonnant en quelque sorte le thorax, l'oreille le poursuit en haut sur le membre supérieur, en bas sur les os du bassin, le fémur et même sur la rotule.

L'extrémité céphalique joue parfois elle-même le rôle de caisse de résonnance, et chez deux malades le bruit se percevait aussi sur l'occiput et le sommet de la tête.

Plusieurs causes peuvent être invoquées pour expliquer ces retentissements extrêmes : tout d'abord la structure du thorax de l'enfant composée de pièces ostéo-cartilagineuses flexibles et faciles à entrer en vibration. En second lieu, la faible épaisseur des parties molles recouvrant le squelette, et qui rapproche l'oreille du lieu de production des bruits. En troisième lieu, la petitesse et l'étroitesse du thorax de l'enfant qui font encore que les organes sont moins éloignés de l'oreille de l'observateur.

L'activité du cœur lui-même n'y est point étrangère, activité sollicitée encore davantage par la présence de la lésion valvulaire. Les affections cardiaques ont en effet chez l'enfant un caractère sthénique, et le cœur se contracte avec une grande énergie. Il faut tenir compte aussi du timbre des souffles qui est aigu, aigre, si l'on peut s'exprimer ainsi, caractère favorable à la transmission des bruits au loin. En dernier lieu, l'intensité des bruits de souffle ordinaire chez l'enfant n'est pas à négliger. Cette intensité reconnait pour cause l'intégrité du myocarde dans l'enfance, l'activité dont il est doué, et enfin la rapidité de la circulation Le cœur, en effet, bat plus vite chez l'enfant que chez l'adulte, dans le sexe féminin que dans le sexe masculin. Or on sait d'après les expériences ingénieuses d'hydraulique tentées par Bergeon, que l'intensité des sons produits par les vibrations d'une masse fluide en mouvement est directement proportionnelle à la vitesse de cette masse ; conclusion applicable en tous points aux souffles cardiaques. M. Perret trouvait en effet couramment chez ses petits malades 100, 120, 130 pulsations à la minute, et son observation ne visait que des filles. S. D.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 mai 1891

Présidence de M. le Dr Terrier

Periarthrite à pneumocoques. — M. Schwartz communique, à propos du procès verbal, l'observation d'une énorme périarthrite suppurée scapulo-humérale à pneumocoques consécutive à une pneumonie développée neuf jours auparavant.

La suppuration apparut rapidement au bout de deux jours, enveloppant tout le moignon de l'épaule sans intéresser l'articulation.

La température, malgré les phénomènes locaux, ne s'élevait pas au-dessus de 38°, mais la langue était sèche et le resta encore onze jours après l'incision large et l'évacuation du pus.

Celui-ci, examiné par M. Netter, cultivé et inoculé à des souris, présentait exclusivement des pneumocoques types Le malade fut pris au bout de deux mois de thrombose de la veine axillaire, thrombose que l'on doit regarder comme l'abcès d'origine infectieuse.

Il est sorti guéri au bout de trois mois.

Cure radicale de la hernie inguinale chez la femme. — M. Championnière. Dans ce mémoire, basé sur quatorze observations, l'auteur étudie principalement la hernie inguinale congénitale de la femme. Il pense en effet que cette variété de hernie est le plus souvent, pour ne pas dire toujours, d'origine congénitale, grâce à la persistance du canal de Nuck. La présence du ligament rond dans l'épaisseur du sac rend cette opinion extrêmement probable.

Cette hernie est incommode, douloureuse, souvent irréductible; les femmes ne peuvent supporter de bandage.

La ligne d'incision doit être aussi élevée que possible et descendre jusqu'à la grande lèvre. Le ligament rond fait partie intégrante du sac dont la dissection est difficile. Il doit être réséqué, ainsi que le ligament rond à sa partie supérieure; l'intestin, quel qu'en soit le volume, est alors replacé dans la cavité abdominale. Très souvent l'ovaire est trouvé au voisinage du sac; lorsqu'il est altéré, il faut l'enlever.

M. Championnière fait ensuite le drainage de la plaie, et referme la paroi abdominale par de nombreuses sutures. La cure de la hernie est complète, absolue ; on n'observe pas de récidive, même après de nouvelles grossesses.

M. Championnière applique une ceinture simple pour protéger la cicatrice pendant les premiers mois.

Suture de la rotule par glissement osseux. — M. Poncet (de Lyon) fait connaître un nouveau procédé de suture qu'il emploie dans les fractures anciennes de la rotule. Lorsque les deux fragments sont trop éloignés pour être rapprochés directement grâce à la rétraction du ligament rotulien, il mobilise par un trait de scie la tubérosité antérieure du tibia, qui de la sorte peut glisser en avant; puis il enlève les vieux caillots sanguins intra-articulaires et le tissu fibreux inter-fragmentaire. La tubérosité tibiale est fixée dans son nouveau point d'implantation à l'aide d'une cheville d'ivoire; cette greffe osseuse reprend parfaitement. Deux gros fils d'argent sont ensuite passés au travers le ligament rotulien et les fragments de la rotule, puis réunis au-dessus de cet os. Les fragments ainsi rapprochés reprennent par première intention, la consolidation est très solide et le résultat fonctionnel excellent.

H. M.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 mai 1891

Présidence de M. le Dr Labbé

Etiologie et nature de la chorée de Sydenham. — M. Comby. Depuis les travaux de M. Germain Sée et de M. Roger, beaucoup de médecins considèrent la chorée comme étroitement liée au rhumatisme articulaire aigu ou à d'autres accidents de nature rhumatismale. Cependant, Rilliet, Barthez, Bouchut et Steiner ont montré que certaines chorées n'avaient aucune corrélation avec la diathèse rhumatismale.

M. Joffrey est allé plus loin et nie l'influence du rhumatisme sur la production de la chorée vulgaire. Pour cet auteur, elle serait de nature névrosique; les arthropathies concomitantes seraient des troubles dûs à l'action de la moelle épinière ; en un mot, elle serait une névrose cérébro-spinale d'évolution de la seconde enfance.

Digitized by Google

M. Comby apporte des documents nouveaux pour l'étude de cette question. Depuis huit ans, il a soigné, au dispensaire de la Villette, 90 choréiques, dont 58 filles et 32 garçons. Il a souvent trouvé chez eux les stigmates nerveux : anesthésie du pharynx, anesthésies cutanées localisées, hérédité névropathique. Le rhumatisme a été rare dans l'hérédité de ces enfants; enfin, il n'a noté que cinq fois le rhumatisme articulaire aigu parmi leurs antécédents personnels. Cette statistique est donc défavorable à l'opinion classique. Un autre argument tiré de la thérapeutique présente une certaine valeur. On sait que le salicylate de soude a une action très heureuse sur le rhumatisme articulaire et le guérit. Or, son influence est nulle sur la chorée, qui est au contraire guérie par les médicaments nervins.

M. Comby en conclut que l'on peut considérer la chorée comme une névrose de la seconde enfance, indépendante du rhumatisme.

M. d'Heilly. — Le salicylate de soude est impuissant dans les manifestations extra-articulaires du rhumatisme. Cependant, celles-ci sont bien de nature rhumatismale; on ne peut donc conclure de l'impuissance du salicylate contre la chorée que cette affection ne soit pas de nature rhumatismale.

M. Potain. — Dans un grand nombre de cas, la chorée est un mode de manifestation du rhumatisme, auquel elle est alors intimement liée.

M. Sevestre croit également à l'influence du rhumatisme articulaire aigu dans la production de la chorée.

M. Cadet de Gassicourt. — Il y a des chorées qui ne sont pas de nature rhumatismale, ainsi que M. Charcot l'a démontré; mais il est incontestable que les chorées, évoluant avant ou après des manifestations rhumatismales, sont d'ordre rhumatismal.

M. Raymond. — Il y a une relation bien nette entre la fluxion rhumatismale vers les jointures et la même fluxion vers la moelle épinière. Celle-ci peut sans doute produire la chorée, mais la question est loin d'être élucidée et doit être réservée.

M. Chantemesse. — On doit distinguer plusieurs variétés de chorées parmi les formes qu'affecte la chorée de Sydenham et qui ont de nombreux traits de ressemblance. Quelques-unes n'ont aucune corrélation avec le rhumatisme, sont de nature hystérique et peuvent guérir par les aimants, ainsi qu'il en rapporte un exemple.

M. Barié est bien convaincu qu'il existe une relation de cause à effet entre le rhumatisme articulaire aigu et la chorée vraie de Sydenham. H. M.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 juin 1891

Présidence de M. le Dr Tarnier

M. C. Paul lit un rapport sur les boues de Dax.

M. Budin lit un rapport sur un travail de MM. les Drs Nivet et Ledru sur la construction d'une maternité à Clermont-Ferrand.

De la dilatation temporaire du cœur. — M. G. Sée rappelle que cette affection s'observe souvent chez les chlorotiques. Sans en donner les causes complètes (il ne met en avant que le manque d'élasticité du cœur), ni le diagnostic, il dit quelques mots du traitement. Il range les médicaments employés en trois catégories : 1° Médicaments resserrant le cœur, augmentant sa force élastique. Au premier rang est la *spartéine* qui est le plus puissant agent pour augmenter cette force. Elle a une action presque immédiate. Vient ensuite la *digitale* qui porte son action surtout sur les cavités droites du cœur. Il en est de même de la digitaline. Enfin, l'*iodure de potassium* qui diminue le volume du cœur, mais est moins actif que la spartéine.

2° L'*antipyrine* qui augmente le volume total du cœur et est sans influence sur la pression artérielle; le *bromure de potassium* qui est un médicament affaiblissant du cœur. Il dilate le cœur, surtout le cœur droit; 3° Médicaments agissant sur les vaisseaux et pas sur le cœur : le type de ces remèdes est la caféine.

M. C. Paul s'étonne que M. G. Sée n'ait pas signalé certaines affections de l'estomac qui augmentent le volume du cœur. C'est ainsi que dans la dyspepsie flatulente, l'estomac soulève le cœur qui, battant sur lui comme sur un tambour, fait croire à une maladie cardiaque qui n'existe pas.

M. Dujardin-Beaumetz est surtout frappé de voir M. G. Sée attribuer au cœur une propriété nouvelle, l'élasticité. Sur quelles bases anatomo-pathologiques s'appuie-t-il pour émettre cette opinion. Le cœur est élastique, oui, mais c'est parce qu'il est musculaire. Quand il n'est plus élastique, c'est que le muscle est sclérosé. Tous les médicaments musculaires agissent sur le cœur et constituent des remèdes utiles dans la dilatation de l'organe. Quant à trouver des médicaments agissant sur le cœur droit et pas sur le cœur gauche, M. Dujardin-Beaumetz s'étonne que cela soit possible.

M. Sée a dit que la spartéine n'était pas diurétique, cela surprend M. Dujardin-Beaumetz; il croit que l'élasticité du cœur n'est pas une propriété nouvelle. Elle dépend de la tonicité musculaire, tous les médicaments agissant sur cette tonicité, agiront sur l'élasticité.

Les accidents de la chloroformisation. — M. Laborde rappelant la discussion qui a eu lieu, il y a huit mois, sur ce sujet, la résume et arrive aux conclusions suivantes : tant qu'il y aura mort ou danger de mort par le chloroforme, encore bien que ce danger et sa réalisation puissent être dans certains cas inévitables et au-dessus des ressources de l'art, il y a lieu de rechercher tous les moyens de conjurer et de combattre ce danger.

C'est à la physiologie et à l'expérimentation qu'il appartient de déterminer le mécanisme pathogénique des accidents d'où doivent être déduites les indications des moyens préventifs et du traitement. Les moyens préventifs sont l'adjonction préalable et systématique des analgésiques généraux et locaux à l'anesthésique en vapeur et le dosage et le titrage le plus exacts possibles de la substance anesthésique. Cette exactitude ne peut-être obtenue que par l'emploi de la méthode des mélanges titrés.

Les moyens curatifs sont tous les procédés capables de ranimer les phénomènes mécaniques de la respiration éteinte ou près de s'éteindre. Le moyen le plus rationnel et le plus efficace, souverain peut-on dire, est la respiration artificielle à condition qu'elle soit réalisée suivant les indications expresses de l'expérimentation, c'est-à-dire par le procédé de l'insufflation transportée et adaptée à la pratique chirurgicale.

M. Laborde présente à l'Académie un appareil qu'il a imaginé pour faire la respiration artificielle.

F. R.

LES JOURNAUX DE LA SEMAINE

En reproduisant sous cette rubrique, des extraits de la presse médicale, le **Journal des Praticiens** *a pour but de renseigner impartialement ses lecteurs. Il réserve donc formellement la liberté de ses appréciations et l'indépendance de sa critique.* N. de la R.

La mort des écoles secondaires! — Pendant que l'on souhaite aux écoles secondaires de vivre, M. Debierre leur demande de mourir. Il s'exprime ainsi dans la *Tribune médicale* du 28 mars 1891 :

Digitized by Google

Je dit que si l'on veut que les Facultés de province vivent-et si l'on ne le veut pas, pourquoi les a-t-on créées? — il faut détruire les Ecoles secondaires. Je prends, comme on le voit, le taureau par les cornes, mais si je démontre que l'enseignement des sciences dites accessoires dans les Ecoles de médecine — celui qu'on voudrait précisément leur réserver — est impossible à donner dans les Ecoles secondaires, j'aurai justifié, je crois, la destruction que je réclame. Cette justification, je vais la faire en deux mots.

Je laisserai volontairement de côté l'enseignement de l'histoire naturelle, de la physique et de la chimie, enseignement purement théorique et trop souvent insuffisant dans la plupart de nos Ecoles secondaires, pour me borner à un enseignement que je connais mieux, celui des sciences anatomiques et physiologiques. Or, comme personne ne contestera que l'anatomie et la physiologie sont les bases sans lesquelles il n'y a point de science médicale, si je fais la démonstration que ces sciences *ne sont pas* et *ne peuvent être* réellement enseignées dans nos Ecoles secondaires de médecine, j'aurai fait du même coup la preuve que j'ai promise.

Chacun de nous sait que l'anatomie ne s'apprend qu'à la salle de dissection et au laboratoire; personne ne voudrait plus admettre sans doute. qu'on fit aujourd'hui de la physiologie exclusivement théorique, et tout le monde réclame à bon droit depuis longtemps, que les élèves soient appelés à voir et à faire eux-mêmes les expériences les plus typiques de la physiologie expérimentale. Or, chacun sait qu'on ne s'improvise pas du jour au lendemain anatomiste, histologiste et physiologiste. Les hommes de laboratoire ne courent pas les rues en France, et l'on prétend que chaque Ecole secondaire pourrait en posséder suffisamment pour donner à l'élève une solide instruction pratique en anatomie, en histologie normale ou pathologique, en physiologie ou en chimie biologique? Nous ne croyons pas à cette pléthore, et nous avons de bonnes raisons pour cela? Si la courtoisie ne m'imposait une certaine circonspection et ne m'empêchait de mettre les points sur les i, j'aurais, à l'aide des examens et des concours de suppléants pour les Ecoles secondaires, vite démontré aux plus optimistes ce qu'il faut penser de la question. Non seulement l'insuffisance ordinaire des élèves des Ecoles secondaires, et l'impossibilité actuelle d'un bon recrutement du personnel enseignant ruinent les arguments de ceux qui défendent les Ecoles secondaires de médecine sous prétexte de décentralisation, mais il y a une raison plus grave qui doit faire désirer la mort de ces Ecoles. Cette raison est essentielle, elle est capitale, car elle ne permet pas l'enseignement sérieux de l'anatomie et de la physiologie dans la plupart des Ecoles secondaires. Allez voir les laboratoires de physiologie de ces Eéoles, sondez-en l'outillage, étudiez-en le personnel, et vous sortirez convaincu que la physiologie expérimentale, que les expériences de vivisection sont frappées de mortinatalité dans ces Ecoles; portez-vous jusqu'aux salles de dissections, voyez ce qui se fait en histologie normale, et vous serez, comme moi, convaincu que l'on n'apprend pas l'anatomie dans ces Ecoles. — Mais si je vous disais que dans la plupart d'entre elles les élèves ne peuvent pas se livrer à la dissection faute de sujets? Si je vous disais encore que lorsqu'il s'agit des examens d'officiat, ces Ecoles sont obligées de solliciter des Facultés voisines l'envoi d'un sujet pour permettre au jury de faire exécuter les épreuves pratiques d'anatomie et de médecine opératoire, que répondriez-vous?

La preuve est faite : à l'heure qu'il est, les Ecoles secondaires de médecine n'ont ni le personnel voulu, ni l'outillage nécessaire pour donner une instruction médicale sérieuse à nos élèves; aucune raison d'ordre scientifique ne saurait être invoquée pour leur maintien. — Si l'on veut, en France, un grand enseignement supérieur, des centres universitaires analogues aux grandes Universités d'Outre-Rhin; si l'on veut la vie des Facultés de province, — et pour cela l'Etat et les villes se sont imposé d'assez lourds sacrifices pour le vouloir, — les Ecoles secondaires doivent disparaître.

Les misères des grands médecins. — Un rédacteur anonyme et spirituel du *Progrès médical* du 30 mai dernier en donne l'aperçu suivant :

Les jeunes étudiants qui admirent de loin leurs anciens collègues, grandis sur les bancs des amphithéâtres de la Faculté de Paris, et les suivent d'applaudissements passionnés, ignorent souvent tout ce que l'existence de ces héros, d'apparence brillante, a de précaire, d'incertain, de difficile. Ils ne connaissent, quand le succès est arrivé, de ce genre de vie que ce qui résonne, s'enfle, et se répercute dans le tintamarre des journaux spéciaux, où les travaux de valeur se confondent avec la réclame, quand ils n'en sont pas la raison d'être. Et petits médecins de campagne, grands spécialistes des villes soupirent mélancoliquement avec un sentiment d'envie aux triomphes retentissants de ces êtres d'élection qui boivent chaque jour à pleins bords l'ivresse des compliments, des louanges, les marques ardentes d'approbation de tout un peuple d'admirateurs. Peu, parmi les envieux, ne songent comment s'achètent ces renommées scientifiques, aux prix de quels efforts incessants, de quelles difficultés matérielles vaincues, de quel labeur sans cesse renouvelé se conquiert ce rang de Grand Maître. Ne parlons que des arrivés; omettons volontairement ceux qui restent en route, voués aux humiliations, aux tristesses, aux misères des rôles subalternes. Il n'est pas un ouvrier qui ait à dépenser autant d'activité, de volonté, de force nerveuse. C'est la tension de mémoire nécessaire à la préparation des concours, c'est la fréquence des conférences, la patience, l'application, la souplesse indispensables à cette reprise des mêmes phrases, des mêmes jeux de physionomie, des mêmes attitudes. Réfléchit-on à la journée de celui qui veut ainsi parvenir : de 8 h. à midi, l'hôpital; un déjeuner hâtif; de 1 h. à 5 h. l'école pratique ou le laboratoire, un dîner hâtif; de 7 h. à minuit, le bouquin. Durant 18 heures sur 24 heures, pendant 25 ans, cet homme doit se tenir debout, marchant, parlant, gesticulant, dans la concentration de toutes ses forces, dans l'énergie exaspérée de son esprit. Ajoutez-y la surexcitation de tous les sentiments : l'attente du succès, l'angoisse de l'échec, les anxiétés de l'amour-propre, les douleurs de l'orgueil blessé, la jalousie des rivaux, la nécessité de la lutte, le besoin la défense contre des complots véritables, les haines et les compétitions perfides!

(Paraphrase d'un article d'un journal littéraire sur les *Grandes Comédiennes*, Mutatis Mutandis).

Pour copie paraphrasée : Z.

Conseiller malgré lui : *Un épisode de la dernière réunion de l'Association générale.* — Extrait de la *Gazette hebdomadaire* du 30 mai et d'une lettre de notre très estimé confrère, M. Lardier (de Rambervilliers) :

La réunion générale de notre Société locale a eu lieu ces jours derniers. Le délégué des Vosges, M. le docteur Liétard, de Plombières, nous a communiqué le compte-rendu de la dernière Assemblée générale de l'Association de prévoyance des médecins de France. Il m'a appris, en outre, une chose que j'ignorais absolument, à savoir que mon nom avait été mis en avant et proposé aux suffrages des délégués de la province, en remplacement d'un membre du conseil, décédé. Il m'a même remis le bulletin de vote qui portait mon nom.

Le choix qu'un inconnu a pu faire de ma modeste personne m'a semblé flatteur, mais je n'en ai pas moins trouvé le pro-

Digitized by Google

cédé assez *peu correct*. On ne m'avait, en effet, nullement pressenti à cet égard, et je tiens à déclarer que c'est tout à fait *à mon insu* que mon nom a été inscrit sur les bulletins de vote distribués en séance. J'ajoute que si l'on m'avait fait la gracieuseté de me consulter, j'aurais décliné toute candidature.

Je crois donc de mon devoir de protester contre ce procédé qui, je le répète, me semble peu correct et qui ne saurait être considéré comme un témoignage de la délicatesse de la personne anonyme qui, en cette circonstance, a cru pouvoir se dispenser de l'assentiment préalable de l'intéressé.

Que répondra l'anonyme ?

Cet incident démontre l'urgence de résoudre la question de la représentation des médecins de province dans le Conseil général de l'Association. Si besoin, nous tiendrons nos lecteurs au courant. Cela nous sera facile car, on le sait assez, le *Journal des Praticiens* est indépendant et ne fait point partie du Syndicat du silence.

CH. ELOY.

INFORMATIONS

ÉTRANGER

ANGLETERRE. — **La vaccination obligatoire.** — En 1889 on a dressé 10696 contraventions pour refus d'obéir à la loi sur la vaccination obligatoire. 10585 personnes ont été condamnées à des peines pécuniaires, et 113 à l'incarcération.

ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE. — **La réunion de 1891 de l'Association médicale américaine.** — Dans cette réunion qui a eu lieu le 8 mai sous la présidence de M. Briggs (de Nahsville), l'adresse en médecine a été lue par M. Schurly, sur les rapports des microbes et des toxémies avec les maladies gyniotiques et celle en chirurgie par M. Matthews, sur le retrécissement du rectum. On a formulé et adressé au gouvernement un vœu pour la création à Washington d'un secrétariat de la santé publique.

NOUVELLES MILITAIRES

Nomination dans le corps de santé de la marine. — *A l'emploi de médecin auxiliaire de 2e classe*, M. le Dr Toché.

Nominations dans le corps de santé militaire (armée territoriale). — *Au grade de médecin-major de 2e classe.* — Les médecins aides-majors de 1re classe : MM. Loro, Van Gelder, Muller, Salva, Kinzelbach, Bénard, Bloch, Gayot, Richard, Soueix, Leblanc, Perrin, Reyraud, Leriche, Bellouard, Butte, Mabille, Chevallier, Larquier, Campagnon, Olivier, Ducloux, Bontemps.

Au grade de médecin aide-major de 1re classe. — Les médecins aides-major de 2e classe : MM. Massaloux-Lamonnerie, Mandinaud, Leviste, Dupasquier, Nidergand, Beaudouin, Gœury, Cassin, Rattel, Boucher, Flordin, Guidon, Mercier, Gral, Pichancourt, Boyer, Jouannaud, Vignon, Jubineau, Curé, Guenebaud, Bouyer, Maschat, Garraud, Bouvard, Mallié, Baux, Lebrun, Boulinguez, Diverneresse, Authenac, Amiot, Charles, Folliot, Audic, Beuve, Chotier, Goethals, Roland, Bessière, Mondon.

VARIÉTÉS

Un moyen d'essai de l'huile de ricin. — Conseillé par le *Bolletino farmaceutico* ce procédé consiste à mélanger 10 grammes d'huile de ricin avec 6 grammes d'un réactif ainsi composé :

Nitrate d'argent.....	5	grammes.
Acide nitrique.....	1	—
Alcool.....	100	—

On agite vivement le mélange, et on le laisse, pendant cinq minutes, au bain-marie à 100 degrés. Après ce temps, il ne devra pas se produire de coloration rougeâtre. Cette dernière décélerait la présence de l'huile de coton.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs Gibert (ancien médecin de la marine), Boillet (de Paris) et Marmonier (de Domène).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQU

CLINIQUE MÉDICALE

GERLIER. — Le vertige paralysant, de 1888 à 1891 (*Revue méd. de la Suisse romande*, 20 avril 1891).

LAVAL (DE). — De la scarlatine (*Gaz. méd. do Montréal*, avril 1891).

MERENNA (G.). — De l'étiologie de l'influenza (*The New-York med. Journ.*, 11 avril 1891).

MILLARD (H.-D). — De l'albuminurie minime (*The New-York med. Journ.*, 9 mai 1891, p. 525).

MOREL LAVALLÉE. — Angine œdémateuse suraiguë consécutive à une éruption salolée (*Arch. internat. de laryngologie de rhinologie et d'ototologie*, mai juin 1891).

SILVEIRA (H. DA). — Néphrite parenchymateuse avec éclampsie (*O. Brazil medico*, 22 avril 1891).

CLINIQUE CHIRURGICALE

BIANCHI. — Le crin de Florence en chirurgie (*Riforma medica*, 1er mai 1891, p. 265).

BYFORD. — Une troisième série de laparotomie ; étude comparative de 159 cas opératoires (*The New-York med. Rec.* 9 mai 1891).

CANDION. — Tumeurs gommeuses de la conjonctive (*Revue gén. d'ophtalm.*, 30 avril 1891).

GOLDENBERG (P.). — Polype de l'urèthre chez l'homme (*The New-York. med. Journ.*, 19 mai 1891).

HEATH (C.). — Des tumeurs malignes (*The Lancet*, 9 mai 1891).

LOUMEAU. — Abcès périnéphrétique ouvert dans les bronches (*Journal de méd. de Bordeaux*, 10 mai 1891).

WHITEHEAD. — Sur 104 cas d'excision de la langue pour cancer (*The Lancet*, 9 mai 1891).

MÉDECINE MILITAIRE

BERTHIER. — De la congestion pulmonaire de forme pseudo-pleurétique (*Revue de méd.*, mai 1891, p. 249).

DELMAS. — De la fièvre rémittente algérienne (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, mai 1891, p. 361).

DEMMLER. — De l'endémo épidémie cholérique au Tonkin (*Revue de méd.*, 1891, p. 257).

HAASE. — Le transport des malades en chemin de fer (*Deutsche Milit. Zeit.*, mai 1891, p. 193).

LISION. — De l'antisepsie dans les hôpitaux militaires pourvus d'une étuve à désinfection sous pression (*Arch. de méd. milit.*, mai 1891, p. 395).

MOORE. — Plaie pénétrante du thorax et de l'abdomen (*Boston med. and shurg. Journ.*, août 1891, p. 259).

NOGUERA. — Traitement de l'érysipèle (*Revista di Sanit. milit.*, 15 mai 1891).

SLOCKER. — Des amputations et des résections en campagne (*Rivista de Sanit. milit.*, 15 mai 1891).

Le Directeur-gérant : HENRI HUCHARD.

PARIS. — IMP. CHARL... SCHLAMBER, 57, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE N° 24 10 JUIN 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, BÉCLÈRE, BROCQ, DEMELIN, DU CASTEL, GINGEOT, Charles MAURIAC, PICQUÉ, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS

Hôpital des Enfants malades. — M. le Dr JULES SIMON

Des difficultés du diagnostic du mal de Pott vertébral (1)

Bien qu'atteints d'une affection extrêmement commune, ces deux malades que je désire vous présenter ce matin offrent tous deux un bel exemple des difficultés que présente souvent le diagnostic en pathologie infantile. Le premier de ces malades est un jeune garçon de dix ans qu'on amena à la consultation de cet hôpital uniquement parce que depuis quelques semaines il marchait plus péniblement. Sa démarche avait en effet quelque chose de spécial, elle était à la fois lente et saccadée. Il soulevait difficilement les jambes du sol et gardait dans tous les mouvements une sorte de raideur; le pied glissait plutôt qu'il ne se détachait du sol. Aucun autre trouble d'ailleurs ni local, ni général, ne nous était signalé. L'enfant paraissait assez vigoureux. A la consultation notre examen fut forcément un peu sommaire. Je fis soulever les vêtements pour examiner la colonne vertébrale, mais sans rien constater de particulier. Intrigué par la bizarrerie du fait, je me décidai à faire entrer le petit malade dans la salle.

Là, il put être examiné complètement déshabillé, et il fut relativement facile de découvrir la véritable cause de sa faiblesse musculaire. Vers la deuxième dorsale, en effet, on constate, à force de recherches, un léger empâtement; l'apophyse épineuse ne se détache pas nettement des apophyses voisines; la pression est un peu douloureuse. De plus, dans les grands mouvements, soit de flexion, soit d'extension, toute cette région reste relativement immobile. Le rachis ne décrit plus cet arc de cercle régulier, étendu, qu'il prend facilement à l'état normal chez l'enfant; la courbe est interrompue comme brisée par une ligne rectiligne au niveau de la partie supérieure de la région dorsale. Ces signes, si minimes, suffisent à nous permettre de porter le diagnostic, de mal de Pott et de reconnaître la vraie cause de la paraplégie. En présence de semblables états pathologiques, livrez-vous aux plus minutieuses investigations et, pour atteindre le but, ne négligez point d'explorer la colonne vertébrale avec le plus grand soin. La lésion ici, sans cette précaution, devait être à peu près fatalement méconnue. Elle restait, par suite de son siège spécial, complètement masquée. Dans les mouvements, l'interruption limitée de l'arc de cercle aurait passé également inaperçue.

(1) Conférence recueillie par le Dr A. F. Pluque, ancien interne des hôpitaux.

Le deuxième malade est un enfant de trois ans qu'on nous amena pour une otite double et une monoplégie brachiale gauche. L'examen de la colonne vertébrale, fait avec le plus grand soin, ne fit tout d'abord découvrir aucune lésion. Bien des diagnostics furent alors discutés. L'otite double pouvait paraître en faveur d'une cause cérébrale ou méningée de la monoplégie, mais il n'existait et n'avait jamais existé d'autre part aucun trouble intellectuel. On songea à une paralysie infantile, mais cette localisation sur un seul bras, pris en totalité sans atrophie, sans qu'un groupe musculaire fût particulièrement frappé, était bien exceptionnelle. La marche de l'affection vint d'ailleurs bientôt exclure ces deux diagnostics. Bientôt, en effet, le bras droit, puis les deux membres inférieurs se prenaient à leur tour. On trouvait sur les quatre membres une paralysie sans anesthésie, avec conservation et même légère exagération des réflexes. L'examen de la colonne vertébrale restait toujours négatif. On questionna de nouveau les parents pour savoir si l'enfant n'avait pas eu quelque temps avant la diphtérie. Cette généralisation aux quatre membres n'est pas fréquente dans les paralysies diphtéritiques. Rien de pareil ne fut signalé dans les antécédents, le voile du palais était d'ailleurs respecté, tandis qu'il est constamment atteint dans les paralysies diphtéritiques. Ce diagnostic dut donc être également éliminé.

A force de répéter l'exploration de la colonne vertébrale je finis, douze jours environ après l'entrée de cet enfant, par sentir à la partie moyenne de la nuque du côté gauche un très léger empâtement un peu sensible, un peu douloureux. Ces signes s'accentuèrent les jours suivants. Aujourd'hui ils sont assez nets. L'empâtement, la douleur à la pression, sont bien sensibles; les mouvements au niveau des articulations de l'atlas et de l'axis sont conservés, mais les mouvements d'extension et de flexion portant sur la totalité de la colonne cervicale sont limités, pénibles. L'enfant lassé, raccourcit autant que possible son cou pour diminuer ces mouvements, quand on le fait asseoir, par exemple. — La nuque, au lieu de former une concavité postérieure d'une courbe régulière, se trouve par suite aplatie et comme nivelée. Il s'agit donc ici encore d'un mal de Pott; les lésions tuberculeuses ont été plus marquées d'abord à gauche; elles ont atteint le plexus brachial, ce qui explique la monoplegie du bras; puis, en progressant, elles ont retenti sur toute la moelle et ont provoqué la paraplégie totale.

Je n'ai pas besoin de vous dire combien du fait du diagnostic posé le pronostic change chez ces deux en-

Digitized by Google

fants. Ce qui est grave, c'est la lésion vertébrale ; elle est grave par son siège sur le rachis et surtout chez le second, sur la partie cervicale du rachis, elle est grave par sa nature tuberculeuse. La paralysie, au contraire, qui inquiète tant les parents, est d'un pronostic relativement moins alarmant; entre toutes les paralysies, les paralysies du mal de Pott sont une de celles qui y reposent volontiers; elles sont longues, tenaces, mais finissent d'ordinaire par guérir; il est bien rare qu'elles laissent après elles une impotence fonctionnelle durable.

Je n'ai pas besoin non plus de vous dire combien ce diagnostic impose des indications thérapeutiques formelles. Ce qu'il faut, avant tout, chez ces deux enfants, c'est l'immobilisation. Chez le premier, elle est assez facile à réaliser au moyen d'une gouttière de Bonnet. Chez le second, nous employons une gouttière de Bonnet munie à sa partie supérieure d'un appareil de contention spécial. C'est une sorte de casque en cuir emboîtant la tête, rattachée à la gouttière par une tige métallique mobile dans une glissière. De plus, le cou de l'enfant est entouré d'une grosse cravate, ou, pour mieux dire, d'un gros coussin cylindrique sur les côtés et en avant, aplati en arrière. Ce coussin comble le vide entre la tête et les épaules; il fournit aux apophyses mastoïdes et à la mâchoire un point d'appui secondaire; son emploi diminue beaucoup les douleurs et assure l'efficacité de l'immobilisation.

Vous avez parfois du mal à faire accepter par les familles l'immobilisation absolue et prolongée qui est si nécessaire. J'ai vu, jadis, avec Archambault, un exemple de mal de Pott cervical chez une petite fille où cette résistance des parents atteignit vraiment les dernières limites. L'enfant, dans sa gouttière, était soulagée; elle dormait spontanément, tandis que ce n'est qu'à force de bromure et de chloral qu'on obtenait, dès qu'elle n'était plus immobilisée, un peu de sommeil. Pourtant, les parents partant de ce grand principe qu'il n'y avait jamais eu ni humeurs froides, ni maladies des os dans leurs familles, s'obstinaient à ne pas la laisser dans son appareil. Une première tentative pour faire lever l'enfant fut suivie d'un réveil de l'inflammation et de l'apparition d'un abcès par congestion dans la région sous-claviculaire. Il fallut ouvrir cet abcès. A peine, après quelques mois d'immobilisation, était-il cicatrisé, que la famille fit, pour cesser le repos, un nouvel essai. Cette fois, l'inflammation retentit surtout sur les ganglions trachéaux et bronchiques; le cornage, la dyspnée, le souffle indiquaient une compression et par l'abcès prévertébral et par une adénopathie des plus inquiétantes. Il fallut plusieurs mois pour obtenir l'amélioration.

Dès que cette grave complication eut pris fin, une nouvelle et intelligente expérience des parents eut pour résultat une paraplégie complète. Cette fois, ils s'avouèrent convaincus. La guérison fut finalement obtenue après un laps de temps fort considérable; il est certain que le repos, appliqué dès le début, aurait évité ou tout au moins atténué beaucoup ces divers accidents.

L'immobilisation doit donc être le fond de votre thérapeutique. Ce n'est que tardivement et en employant d'autres moyens de contention, corsets de cuir bouilli, corsets de Sayre, colliers minerves, qu'il faut permettre à l'enfant quelques mouvements.

Certes, vous ne négligerez pas les autres ressources de la thérapeutique : médication tonique sous toutes ses formes, hygiène aussi bonne possible, révulsion locale. Mais il faut appliquer avec précaution tous ces moyens; les pointes de feu par les mouvements brusques qu'elles déterminent, les bains salés en obligeant à lever, à déshabiller, à recoucher l'enfant, m'ont souvent paru plus nuisibles qu'utiles. La mer, par les longs voyages qu'elle entraîne, ne peut être conseillée qu'à une époque tardive; les bains à la mer, par suite des secousses des vagues, doivent être plus tardifs encore. L'électricité est utile contre les paralysies, mais à la condition d'être appliquée sous forme de courants continus extrêmement légers et non de courants indirects déterminant des secousses musculaires.

C'est surtout contre l'engouement qui pousse les familles à voir dans le traitement maritime la panacée de toutes les lésions osseuses et articulaires à quelque périodes qu'elles soient, que vous aurez à lutter. Envoyer à la mer un mal de Pott dans la période aiguë est absolument nuisible. En dehors de cette grande contre-indication, je dois vous rappeler bien d'autres contre-indications non moins absolues. Les complications oculaires, cutanées, intestinales, rénales, que vous trouverez souvent au cours du mal de Pott, sont d'ordinaire défavorablement influencées par le traitement maritime. Vous déconseillerez également ce traitement chez les sujets atteints d'affection cardiaque, chez ceux qui ont encore de l'irritation cérébrale ou médullaire. Enfin vous ne laisserez pas à l'inspiration de la famille le choix de la plage; les plages du Nord au-dessus du Havre plus particulièrement excitantes, celles de la Normandie moins excitantes et seulement toniques, celles de la Bretagne qui auraient plutôt une action calmante sont tour à tour indiquées suivant les sujets.

Pour nos deux petits malades songer à tout déplacement serait folie. Nous nous contenterons donc au point de vue local de l'immobilisation et d'une révulsion légère par des badigeonnages iodés; au point de vue général du traitement tonique. Un peu plus tard nous emploierons l'électrisation.

REVUE CRITIQUE

Les infections secondaires et leurs voies de pénétration

L'interprétation des complications qui surviennent dans le cours des maladies infectieuses a subi dans ces dernières années des modifications très importantes que nous allons étudier.

Nous ne nous occuperons pas de l'association de plusieurs entités morbides définies, comme celles de la scarlatine et de la diphtérie, de la coqueluche et de la

Digitized by Google

rougeole, qui forment une réunion en quelque sorte artificielle dont les éléments gardent toujours leur individualité propre, et nous étudierons seulement les complications proprement dites, c'est-à-dire les épiphénomènes qui se fondent en apparence avec la maladie première au point de paraître en découler directement.

Les recherches bactériologiques ont montré que les germes pathogènes, loin de se localiser toujours à un seul organe, envahissent souvent d'autres viscères plus ou moins éloignés et sont ainsi la cause de beaucoup de manifestations cliniques surajoutées aux symptômes essentiels de la maladie. Ainsi les études faites sur le pneumocoque, sur le bacille d'Eberth, ont permis d'établir que bon nombre de lésions données comme des complications : l'endocardite, la méningite, certaines suppurations même, pouvaient n'être que des localisations secondaires de l'infection primitive, pneumonie ou fièvre typhoïde, au même titre que des lésions intestinales ou méningées peuvent être des localisations secondaires de la tuberculose pulmonaire.

Mais, à mesure que la question se simplifiait d'un côté par la possibilité de rattacher certaines complications à une migration de l'agent microbien primitif, elle se compliquait d'autre part par la nécessité d'admettre pour d'autres épiphénomènes, méritant plus que les premiers le nom de complications, l'intervention de nouvelles infections se développant secondairement et déterminant, soit par elles seules, soit concurremment avec l'infection initiale, des altérations surajoutées.

En d'autres termes, si un même germe pathogène peut se cultiver dans plusieurs points de l'organisme, il ne se présente que rarement et pendant peu de temps à l'état de culture pure, et çà et là viennent s'adjoindre à lui des germes secondaires dont il faut tenir compte pour l'interprétation des lésions.

La clinique d'ailleurs ne montrait-elle pas de plusieurs façons cet élément surajouté au germe primitif ? D'abord, par la différence de gravité de certaines maladies, les fièvres éruptives par exemple, suivant le milieu dans lequel elles évoluent et suivant les conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvent les malades. Quel contraste, par exemple, entre la fréquence de la broncho-pneumonie rubéolique dans les hôpitaux d'enfants, où Rilliet et Barthez l'ont observée dans plus d'un tiers des cas, et en ville, où les mêmes auteurs l'ont rencontrée à peine une fois sur dix ? Comment expliquer la fréquence de ces accidents, sinon par une contagion secondaire, les malades « se passant leurs complications », comme le dit M. Bard ? Pourquoi des rougeoles bénignes au début se compliquaient-elles assez souvent autrefois de noma, sinon parce que les malades recueillaient, dans le milieu encombré et infecté de l'hôpital, des germes nouveaux qui s'ajoutaient aux premiers, comme auraient pu le faire les germes de la diphtérie et de la coqueluche ? Et ce qui montre bien l'influence de l'agglomération des malades, c'est que dans le même hôpital, c'est-à-dire sous l'influence des mêmes conditions extérieures, les malades placés dans des salles bien aérées étaient rarement atteints ; tandis qu'à la même époque, d'autres, occupant des salles trop petites et mal ventilées, mouraient en grand nombre (Netter).

L'étude des épidémies n'est pas moins instructive à cet égard. Quelques-unes se signalent par la fréquence de certaines complications que l'on attribuait autrefois au génie épidémique, à la constitution médicale régnante. Telles sont les épidémies de scarlatine citées par Rilliet et Barthez, qui se caractérisent par la fréquence d'angines gangréneuses (Guéretin, 1841) ou de parotidites (épidémie de Greifswald). Telles sont encore les épidémies de grippe qui se distinguent les unes des autres par la fréquence des troubles intestinaux (Paris, 1830), ou des phénomènes nerveux sans catarrhe (épidémie d'Irlande, 1830) ou encore des phénomènes broncho-pulmonaires (1837).

Mais, dans ces cas, la constitution médicale ne limite pas son action aux seuls malades atteints de scarlatine ou de grippe; elle frappe également les sujets qui en sont indemnes, et l'on constate, au même moment, un grand nombre d'angines graves ou de broncho-pneumonies débutant en pleine santé ; il y a donc en réalité coexistence de deux épidémies.

Le fait est surtout manifeste pour les pneumonies compliquant l'influenza, et Ménétrier, dans son étude de l'épidémie de 1886, a bien montré l'évolution simultanée des deux épidémies de pneumonie et de grippe.

La division des deux éléments est encore plus manifeste si, dans une même épidémie, on compare diverses périodes ; ainsi Rilliet et Barthez font observer que, dans les épidémies de rougeole, « souvent le premier et le deuxième mois se passent sans qu'on observe un exemple de broncho-pneumonie ; puis, une fois qu'un cas a été constaté, on les voit se multiplier assez rapidement pendant quelques semaines ». Ne voit-on pas là nettement l'apport, par un premier malade, d'un germe infectieux qui se transporte successivement sur les autres rubéoleux et se cultive rapidement sur un terrain préparé? Les choses se passent-elles différemment dans les services de chirurgie pour les épidémies locales d'érysipèle ?

Les complications, qui n'apparaissent souvent qu'à une période plus ou moins tardive de l'épidémie, se prolongent fréquemment plus longtemps à l'état de maladie isolée; ainsi, suivant la remarque de M. Bouchard, alors que la grippe tend à disparaître, les pneumonies infectieuses persistent et sont même plus fréquentes qu'au maximum de l'épidémie.

Ce que la clinique indiquait, les recherches bactériologiques l'ont démontré en établissant que dans bon nombre de complications l'élément pathogène primitif est absent, et que l'on ne peut isoler que d'autres formes microbiennes, le plus souvent les mêmes, tellement répandues autour de nous qu'on a pu les considérer comme banales et sans action. L'inoculation de ces bactéries ne reproduit que la complication et non la maladie première. On peut donc admettre aujourd'hui que la plupart des complications qui surviennent au cours des maladies générales sont en réalité des affections surajoutées, tout à fait distinctes originairement de celles-là. Les microbes les plus fréquemment rencon-

Digitized by Google

trés sont : les streptocoques dont on avait distingué un grand nombre, mais qui tous semblent n'être que le streptocoque pyogène de Rosenbach, rendu plus ou moins virulent par son mode de culture dans divers milieux; les staphylocoques pyogènes jaunes et blancs et le pneumocoque. Ils existent dans l'air; on sait maintenant qu'ils peuvent séjourner dans les cavités ouvertes du corps même à l'état de parfaite santé (microbisme latent). C'est ainsi que dans le pharynx et la bouche, Netter a constaté la présence du streptocoque dans 5 1/2 0/0 des cas qu'il a examinés et celle du pneumocoque dans 15 à 20 0/0. Le streptocoque a encore été rencontré dans les voies digestives par Germer, dans le vagin par Doderlein. Wignal a reconnu l'existence des staphylococques dans le tartre dentaire. Enfin, en plein poumon, c'est-à-dire dans les dernières ramifications bronchiques, Polguère a pu isoler le staphylococcus albus et le pneumocoque. L'épithélium intact semble être pour ces germes une barrière infranchissable ou si quelques germes peuvent le traverser, comme on tend à l'admettre aujourd'hui (Bouchard), ils sont détruits rapidement avant d'avoir dépassé la muqueuse. Mais s'il existe une solution de continuité, l'infection peut se produire. Une petite ulcération de la bouche ou du pharynx, comme en produisent fréquemment les fièvres éruptives, la chute d'une eschare de l'intestin dans le cours de la fièvre typhoïde, l'ulcération du poumon dans la tuberculose, enfin l'excoriation de la peau par une cause quelconque suffisent à créer une porte d'entrée.

Il existe donc trois grandes surfaces d'inoculation secondaire — surface des voies digestives — surface cutanée — surface broncho-pulmonaire.

Les *infections d'origine bucco-pharyngée* sont les plus nombreuses par suite de la fréquence des ulcérations de cette région. De plus, l'altération des sécrétions buccales dans les fièvres graves, leur séjour prolongé par suite de la difficulté de l'expuition créent un milieu favorable à la pullulation microbienne On les voit se produire dans le cours des stomatites et des angines, des maladies générales, notamment de l'angine scarlatineuse précoce dont les fausses membranes pseudo-diphthéritiques sont riches en streptocoques et staphylocoques (Wurtz et Bourges); elles ne sont pas rares non plus dans les amygdalites avec ulcération des cryptes folliculaires, dans la stomatite aphtheuse. — La pénétration microbienne se traduit, soit par des suppurations de voisinage : phlegmon périamygdalien, adénites, bubons scarlatineux ; soit par des localisations plus éloignées et plus graves comme des arthrites, des endocardites, des néphrites. Ces accidents sont assez fréquents dans la scarlatine et l'on retrouve dans toutes les localisations secondaires, en même temps que dans le pharynx, des streptocoques présentant des caractères identiques (Hutinel). — La parotidite, si souvent en relation avec des ulcérations buccales, comme l'a montré Crocq (de Bruxelles), est un type de ces infections d'origine buccale. Hanot, dans les cas qu'il a étudiés, a constaté des staphylocoques dans le pus et dans la glande, alors que le sang en était dépourvu ; on ne pouvait donc admettre qu'une migration intra-canaliculaire des germes et non une infection générale avec localisation secondaire.

L'otite moyenne est due au même mécanisme et sa fréquence, plus grande chez les jeunes enfants, s'expliquerait par l'absence d'expectoration chez ceux-ci (Netter).

Hutinel a montré le rôle important que jouent les altérations préexistantes du pharynx, telles que l'hypertrophie des amygdales et les végétations adénoïdes. Chez presque tous les scarlatineux soumis à son observation, qui eurent des complications, il constata cette particularité.

Infection d'origine intestinale. — Le grand nombre de bactéries contenues dans l'intestin, surtout à l'état de maladie, alors que la fonction bactéricide de l'estomac est plus ou moins entravée, est encore une source féconde d'inoculation. Ainsi la pénétration d'organismes infectieux par les ulcérations intestinales paraît être l'origine d'un grand nombre de complications de la fièvre typhoïde. A la fin de cette maladie, alors que le germe pathogène primitif semble avoir épuisé son action et que le malade paraît devoir entrer en convalescence, l'on peut voir survenir une série de complications: suppurations multiples, gangrène, etc; les recherches bactériologiques, faites à cette période, montrent que très souvent le bacille d'Eberth ne peut être retrouvé et que les lésions récentes relèvent d'autres germes. Cornil, un des premiers, a reconnu des formes multiples de bactéries indépendantes du bacille d'Eberth et les a rattachées aux complications amenées par la nécrose et l'ulcération des plaques intestinales. Il n'est pas jusqu'à la phlegmatia alba dolens, survenant dans ces conditions, qui ne soit de nature infectieuse. Vaquez constate la présence de microcoques dans le caillot et la paroi veineuse, mais ne rencontre pas le bacille typhique. Il montre aussi que l'expression clinique de cette complication : frisson, fièvre avec oscillations thermiques, sueurs, etc. témoigne bien plus en faveur de l'idée d'une infection que d'une thrombose marastique.

Les ulcérations de la tuberculose sont également des voies d'absorption et, tout dernièrement encore, Ménétrier a constaté à l'autopsie d'un tuberculeux ayant présenté un ictère persistant, que les streptocoques qui pullulaient dans les ulcérations intestinales avaient formé des embolies microbiennes dans le foie. Les abcès hépatiques consécutifs à la dysenterie paraissent bien avoir la même pathogénie, mais le plus souvent on ne peut y retrouver l'agent de la suppuration, celui-ci étant probablement détruit secondairement.

A côté de l'inoculation directe par l'intestin, il convient de signaler encore les infections biliaires récemment étudiées par Dupré (Th. 1891), et dans lesquelles le bactérium coli commune paraît fréquemment jouer un rôle. C'est par cette voie que se produirait la suppuration des kystes hydatiques, phénomène toujours consécutif à une infection périkystique (Chauffard).

Les *infections secondaires des bronches et des poumons* ont été l'objet d'une étude très remarquable de Polguère (1888), qui constitue le premier travail d'ensemble sur ce sujet. Cet auteur a montré que les infections pénétrant par les voies aériennes apparaissent en général à

Digitized by Google

une époque tardive des maladies aiguës et donnent lieu le plus souvent à des broncho-pneumonies constituées par des nodules péri-bronchiques avec envahissement centrifuge et suppuration centrale. Les éléments pathogènes sont le plus souvent le staphylococcus albus et le streptococcus pyogènes, plus rarement le pneumocoque. Les broncho-pneumonies de la fièvre typhoide et de la rougeole, de la coqueluche, de la grippe et de la diphtérie se produisent par ce mécanisme et sont indépendantes originairement de la maladie première. Dans la bronchite diphtérique Tangl a reconnu que le bacille de Lœffler ne descend pas au delà des bronchioles et que les noyaux broncho-pneumoniques sont formés exclusivement par les streptocoques.

Les microbes pyogènes peuvent aussi se greffer sur l'infection pneumonique, car, ainsi que l'a bien montré Ménétrier (1889), l'hépatisation grise suppurée n'est pas la phase ultime des lésions produites par le pneumocoque, mais le résultat de l'action surajoutée des streptocoques.

Ces mêmes microbes jouent un grand rôle dans les maladies chroniques des bronches, la bronchite chronique et surtout la dilatation des bronches; les gangrènes superficielles qui se produisent parfois dans cette dernière maladie sont certainement dues à une infection par les voies aériennes. Enfin dans la tuberculose pulmonaire le bacille de Koch n'est pas le seul élément nocif, la destruction du parenchyme dépend moins du bacille spécifique que des éléments pyogènes auxquels il a ouvert la voie; aussi dans le pus des grandes cavernes les bacilles sont en petit nombre et les streptocoques au contraire très abondants.

Il est plus rare de voir des infections secondaires de nature pneumococique. Mais le fait existe cependant, notamment dans les épidémies de grippe les pneumonies secondaires ont des caractères cliniques spéciaux : intensité moindre des phénomène initiaux, irrégularité de la courbe thermique, oscillations avec poussées successives, durée plus longue, résolution traînante; elles aboutissent fréquemment à la suppuration.

Le microbe de Frænkel peut produire aussi des broncho-pneumonies secondaires, le fait a été constaté dans le cours de la fièvre typhoïde par Polguère et récemment par Duflocq et Ménétrier (1890) dans la tuberculose. Dans ce cas l'étendue des lésions est très variable, aussi la complication peut tantôt passer inapercue, tantôt acquérir des proportions suffisantes pour masquer les lésions tuberculeuses. Ces broncho-pneumonies sont toujours d'une grande gravité et amènent le plus souvent la mort à brève échéance.

Infections d'origine cutanée. — La peau, dès qu'elle est dénudée de son épiderme, peut devenir une voie d'inoculation; aussi toute localisation cutanée d'une maladie infectieuse peut servir de porte d'entrée à une infection nouvelle. Sans parler des complications bien connues, telles que lymphangites, érysipèle, phlegmons, diffus, abcès etc., dont les germes peuvent pénétrer par une lésion cutanée d'origine infectieuse, comme par une lésion purement traumatique; sans rappeler les érysipèles naissant sur une pustule variolique, les abcès de la paupière succédant aux excoriations palpébrales que cause le catarrhe rubéolique; il importe de faire remarquer, que le mécanisme de l'infection secondaire intervient dans des lésions qui semblent au premier abord se rapporter à la maladie première. Ainsi, Lœffler dans le contenu des bulles de pemphigus a trouvé des staphylocoques blancs et dorés, et ayant ensuite soumis le malade porteur de ces lésions à un bain de sublimé il a pu constater l'absence de ces micro-organismes dans les bulles de nouvelle formation. Il s'était donc formé dans ce cas une inoculation secondaire dont on a tari la source par l'antisepsie de la peau.

Il paraît en être de même dans la pustule variolique qui peut contenir également les mêmes staphylocoques (Talamon). Les heureux effets de l'antisepsie de la peau constatés en particulier par Talamon, Sevestre, Bianchi semblent bien établir que ces germes surajoutés pénètrent par la peau et contribuent pour leur part à augmenter la suppuration et à retarder la cicatrisation. Les accidents ne restent pas forcément localisés et les germes, une fois introduits, peuvent donner lieu à des complications viscérales de la même façon que lorsqu'ils pénètrent par la voie pharyngée ou pulmonaire.

Les néoplasies infectieuses de la peau peuvent aussi présenter de semblables associations microbiennes. Ainsi Jullien (1890) admet que bon nombre d'ulcérations existant chez des syphilitiques, rentrent dans la classe des lésions septiques. Il cite, entre autres exemples, une ulcération de la face ayant résisté à plusieurs mois de traitement spécifique dirigé à Saint-Louis et cédant ensuite en 22 jours à un simple traitement local antiseptique et il conclut que l'accélération brusque et la tendance envahissante, que l'on observe quelquefois dans la marche ordinairement lente des syphilômes cutanés, est due à une inoculation septique et que par suite il faut lui opposer l'antisepsie locale.

Pour le lupus les résultats obtenus par H. Leloir sont encore plus nets. Tandis que le lupus sec ne contient pas de microbes pyogènes, les formes ulcéreuses en renferment toujours et en nombre d'autant plus grand que la marche est plus rapidement ulcéreuse. Les fongosités qui se produisent dans ces conditions sont très riches en staphylocoques dorés; par l'inoculation, elles n'amènent pas de lésion tuberculeuse; enfin elles ne sont pas modifiées par le traitement lupique, tandis qu'elles cèdent en 24 ou 48 heures aux applications antiseptiques, sous-carbonate de fer, salol, acide salicylique. L'ulcération a donc ouvert la porte aux microbes de la suppuration et permis ainsi l'addition d'un nouvel élément morbide.

Par ces divers exemples pris dans le nombre des infections secondaires nous avons voulu seulement montrer les diverses voies d'absorption, et donner une idée de leur importance relative. Pour opposer à ces infections des moyens prophylactiques efficaces il faut rechercher les conditions dans lesquelles elles se produisent le plus souvent et l'influence qu'exerce sur elles la maladie première, c'est ce qui fera l'objet d'un prochain article.

Dr Mérigot de Treigny

Digitized by Google

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

MÉDECINE

Erysipèle primitif de la langue, par M. J. Garel. — Cette observation est celle d'un malade dont l'affection débuta par la langue, s'étendit à l'arrière-gorge, aux fosses nasales et, en dernier lieu, sur la face (*Annales des mal. de l'oreille, du larynx*, etc., mai 1891, p. 305).

Le point de départ fut une plaie du bord lingual causée par une dent cariée à bord tranchant. Trois jours après la disparition des phénomènes érysipélateux buccaux, le pharynx et le nez furent envahis ; ainsi que les joues, puis les paupières. La tuméfaction de la langue, contrairement à une opinion classique, était considérable et malgré l'absence de recherches du streptocoque, M. Garel admet le diagnostic d'érysipèle primitif de la langue. S. R.

Le réflexe anal par M. Rossolimo. — Ce reflexe consiste dans la contraction du sphincter anal, après une excitation de la peau et de la muqueuse de la marge de l'anus. Il existe toujours dans l'état de santé, et, d'après les expériences physiologiques de l'auteur, est en rapport avec l'intégrité des troisième et quatrième racines sacrées. (*Neurologisches Central*, 1 mai 1891).

Ce reflexe est augmenté dans la neurasthénie et la myélite ; il est diminué dans la névrite multiple du plexus sacré chez quelques tabétiques. Dans la myélite de la partie inférieure de la mœlle, il s'accompagne des signes d'anesthésie du rectum, de l'anus et de l'urèthre. Toutefois, on ne constate pas ses modifications dans le cours des maladies de la vessie, du rectum ou de l'appareil génital. S. R.

Des paralysies produites par la foudre, par M. von Limbeck — Deux catégories sont à distinguer, les paralysies vraies directes dans lesquelles il y a lésion nerveuse périphérique, les paralysies indirectes, dans lesquelles le phénomène se produit par suite de lésions centrales. (*Association des méd. allemands*, 6 mars 1891)

Le type de cette dernière catégorie est représenté par les cas d'hémorrhagie cérébrale, comme celui d'un homme de 62 ans, frappé par la foudre et qui perdit connaissance pendant deux heures. Au réveil, hémiplégie droite et aphasie, rougeur en bande à la région postérieure de l'épaule droite. La parole revient au bout de huit jours, mais il reste encore de la parésie à droite sans anesthésie avec légère contracture et exagération du réflexe rotulien. Il s'agissait ici d'une hémorrhagie de la capsule interne.

Tout différent se montre un cas de paralysie vraie ou directe par la foudre. Les phénomènes évoluent le plus souvent en deux périodes ; dans la première il s'agit d'une action directe (inhibitoire) sur le tronc nerveux périphérique et sur les muscles ; dans la seconde se développe une névrose ou une hystérie traumatique. L'anesthésie disparait bien avant la paralysie, parce que le nerf a été moins atteint que le muscle. Telle est l'observation d'un garde barrière de 44 ans, frappé de la foudre à la porte de sa maisonnette. Il ne perd pas connaissance, mais il sent sa main droite devenir insensible et la voit se couvrir de vésicules ; sa main droite se paralyse et perd aussi sa sensibilité. L'anesthésie disparait dans l'espace de deux ou trois jours ; la paralysie motrice ne cède que plus tard à un traitement électrique. Mais bientôt apparaissent dans les orteils puis dans les deux pieds des fourmillements, refroidissement ; de la cyanose ; il s'ajoute de la paralysie ; l'anesthésie se complète et il se fait de la parésie de la main droite avec diminution de la sensibilité.

H. G.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Emploi du thiol en gynécologie, par M. S. Gottschalk. Comparable à l'ichthyol, dont il ne possède point l'odeur, ce médicament peut s'employer par les procédés suivants (*Cent. f. Gynoch.*, 1891, n° 12).

Dans les paramétrites et les périmétrites, on introduit dans le vagin, chaque jour ou tous les deux jours, un tampon imbibé de glycérine à 10 ou 20 pour cent de thiol. Ce tampon est placé dans le cul de sac contre la partie malade. En même temps frictions sur la paroi abdominale avec la pommade au thiol. Cette médication serait résolutive. On la complète par le massage et les bains de siège chauds.

Contre les lésions inflammatoires du vagin : saupoudrer avec la poudre de thiol.

Dans les endométrites, introduire dans le col une sonde de Playfair entourée d'ouate que l'on a plongée dans le thiol liquide. Répéter ces pansements tous les deux ou trois jours. Le seul inconvénient de ce pansement est de provoquer parfois des hémorrhagies qui sont d'ailleurs légères et, de plus, la desquamation de la muqueuse. S. R.

Un cas de rigidité spasmodique de l'utérus gravide traité par l'antipyrine, par M. Wright — Il s'agissait d'une primipare en travail depuis vingt-quatre heures. La tête était descendue et la rigidité des parois rendait l'expulsion impossible malgré la multiplicité des douleurs. Il y avait des symptômes d'épuisement et on avait inutilement prescrit le chloral (*Archivs of. Gynekol*, avril 1891).

On ordonna soixante-quinze centigrammes d'antipyrine d'heure en heure. Après la seconde dose, les contractions tétaniformes cessèrent et on put terminer l'accouchement par le forceps. C'est donc à titre de nervin que l'antipyrine a procuré ce résultat. S. R.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Du traitement de l'adénite tuberculeuse par le naphtol camphré, par M. Courtin. — Cette médication est destinée à suppléer au traitement par l'iodoforme. On le pratique au moyen d'une seringue aisément stérilisable ; celles de Strauss ou de Koch sont préférables à la seringue de Pravaz (*Journal de méd. de Bordeaux*, 17 mai 1891).

La mixture se formule ainsi :

Naptol B.....	} *ā ā* 10 grammes
Camphre.. ...	
Alcool à 60°...	40 grammes

Le liquide est filtré et conservé dans des flacons à large ouverture.

Avant de pratiquer l'injection, on fait tremper les aiguilles dans le chloroforme ou on les chauffe. On désinfecte la peau avec un tampon d'ouate imbibée de liqueur de van Swieten.

La masse ganglionnaire étant saisie, on la fixe en faisant pénétrer l'aiguille à deux ou trois centimètres de profondeur dans l'épaisseur de la tumeur et on injecte le contenu de la seringue. Au besoin on pratique plusieurs injections successives. Une bonne précaution, pour éviter l'issue du liquide, est de diriger obliquement la pointe de l'instrument.

Le lendemain, il y a du gonflement du ganglion qui est douloureux, puis cette tuméfaction s'atténue et la regression demande huit ou dix jours. C'est alors que l'on répète les injections.

Existe-il de la fluctuation ? On pratique encore l'injection, mais après quelques jours, on traverse de part en part avec une aiguille courbe munie d'un fil de soie stérilisé. La petite ouverture donne issue au pus et si cette ouverture est suffisante, permet de pratiquer l'injection avec une seringue d'Anel, on panse avec la vaseline et l'ouate salolées.

S. R.

Digitized by Google

Recherches physiologiques sur l'extrait éthéré de fougère mâle, par MM. Binet et Prevost. — Ces expériences ont été faites sur des animaux à sang chaud et à sang froid et permettent de formuler les conclusions suivantes (*Revue méd. de la Suisse romande*, 20 mai 1891).

Chez les animaux à sang chaud et chez l'homme, l'ingestion gastrique, même à dose élevée, ne produit que très rarement de phénomène fâcheux, grâce à la lenteur de l'absorption.

A la suite d'injections hypodermiques et surtout intra-péritonéales, se manifestent des symptômes qui peuvent amener la mort par paralysie du cœur et de la respiration.

On constate surtout comme symptôme dominant une paralysie et une rigidité précoces des muscles (muscles volontaires, du cœur, de l'intestin) précédées de phénomènes, vomissements, anhélation, tremblement, refroidissement. L'atteinte des muscles de la respiration produit des accidents dyspnéiques qui peuvent devenir graves.

La paralysie du cœur est, dans les cas où l'intoxication est suffisante, la principale cause de la mort. On trouve, immédiatement après la mort, le cœur énergiquement systolé et inexcitable. Le nerf vague ne perd son excitabilité relativement à son rôle arrestateur qu'à la période ultime.

Du côté de l'intestin on constate une perte remarquable des mouvements vermiculaires.

L'application directe du toxique dans le sac conjonctival, affaiblit et annihile la sensibilité de la cornée sans modification constante de la pupille. Cette action rappelle celle de la cocaïne.

L'urine est parfois réductrice par élimination de l'extrait de fougère.

Le système nerveux central, qui ne paraît que secondairement atteint chez les animaux à sang chaud, est assez rapidement paralysé chez la grenouille. Les sangsues, immergées dans une émulsion gommeuse d'extrait de fougère, ont aussi présenté des phénomènes de paralysie et de rigidité analogues.

L'action oxydante du protoplasma pour la teinture de gaïac est entravée par l'addition d'extrait de fougère.

S. R.

REVUE DES THÈSES

Etude sur les troubles intellectuels dûs aux lésions circonscrites du cerveau, par M. le Dr Livoff (*Thèse de Paris*, 1891).

L'auteur a tenté là une œuvre difficile et il est très excusable en raison de la difficulté du sujet, s'il y a imparfaitement réussi. Néanmoins ses trente observations de nécropsies avec observations cliniques des malades constituent un contingent favorable à l'étude des troubles intellectuels dûs aux lésions au foyer ou circonscrites.

Ces troubles intellectuels peuvent être associés à des troubles moteurs hémiplégiques, mais parfois exister seuls ou avec des troubles moteurs peu appréciables; ceux-ci d'ailleurs peuvent précéder, accompagner ou suivre les troubles intellectuels ; le tableau clinique varie peu, reste le même, quelle que soit la nature de la lésion, que l'athérome soit dû à la sénilité, à l'alcool, au diabète, à un état dyscrasique du sang ou à la syphilis. L'hémorragie et le ramollissement cérébral sont les deux processus pathologiques principaux. Ces symptômes précurseurs fréquents sont des troubles de la motilité, ceux de la sensibilité et des organes des sens, ceux de l'intelligence, hallucinations, agitation, troubles de la mémoire, partiels et intermittents, les caractères, l'attention, les facultés affectives sont souvent troublés dès le début.

La deuxième période ordinairement marquée par une attaque d'apoplexie est caractérisée par la perte du mouvement de la sensibilité et de l'intelligence, sauf dans les cas de ramollissement à début lent et graduel; l'aphasie, l'aphasie motrice, la contracture tardive des hémiplégiques, la trépidation épileptoïde, et l'auteur note surtout l'inégalité de contraction des deux moitiés des lèvres, liés à l'embarras de la parole, le fond du trouble intellectuel c'est l'affaiblissement partiel de l'intelligence, auquel viennent se surajouter différents délires ; ceux-ci sont des phénomènes moins constants que l'état démentiel ; il en est de même des hallucinations.

Les troubles intellectuels sont plus fréquents dans le ramollissement cérébral, puis les hémorragies et ensuite les tumeurs.

Le diagnostic le plus important est celui que l'on doit faire avec la paralysie générale qui offre moins souvent que les lésions au foyer des troubles sensoriels et les troubles partiels de la motilité, de la sensibilité et de l'intelligence, surtout à la période d'état; là, l'embarras de la parole est net, mais il s'y joint du tremblement, car le diagnostic devient plus confus, mais l'hémi-tremblement des lèvres est plus spécial aux lésions en foyer; du moins c'est l'opinion de l'auteur, qui ne nous a pas convaincus à ce sujet. Les lésions circonscrites présentent des troubles partiels de l'intelligence, une intelligence à lacunes et non le trouble général comme dans la paralysie générale ; chez celle-ci : le délire sensoriel, hallucinatoire, est plus rare.

Dr Charpentier.

Des rapports de l'arthritisme avec les manifestations nerveuses — *Paralysie générale arthritique* — par M. le Dr H. Georges (*Thèse de Paris*, 1891).

L'auteur n'a pas su mettre à profit les idées ni les observations communiquées par son maître M. Lemoine (de Lille). Après un historique très inexact de la question, l'auteur étudie l'arthritisme qu'il ne se donne pas la peine de distinguer de la neurasthénie ni de l'herpétisme et décrit un caractère des arthritiques rappelant les descriptions des anciens chiromanciens. Quant aux caractères de la paralysie générale arthritique, l'auteur est en contradiction formelle avec ses observations, car il signale l'absence de mégalomanie et d'idées de grandeurs dans cette forme, et celles-ci se retrouvent dans ses deux observations. Nous sommes sensibles aux éloges que l'auteur a bien voulu accorder à un travail que nous avons fait sur cette question, mais nous devons avouer qu'il ne nous a pas paru l'avoir lu, sans quoi il aurait indiqué l'antériorité de nos recherches. Dr Charpentier.

Applications thérapeutiques de la suggestion hypnotique, par M. le Dr L. Laloy (*Thèse de Paris*, 1891).

La suggestion, pratiquée par l'auteur, a guéri deux cas de grande hystérie, avec quatre cas de dyspepsie et de gastralgie; a produit de l'amélioration dans un cas d'hémiplégie consécutive à une fièvre typhoïde, et avec de constipation opiniâtre. Elle a échoué dans un cas de toux hystérique et un cas d'hémichorée rhumatismale.

Toutes ces malades offraient la particularité commune de n'avoir jamais été hypnotisées par d'autres personnes que par l'auteur de leur guerison. Du moins, elles le lui ont dit.

Dr Charpentier.

Du mutisme des aliénés, par M. le Dr H. Moret (*Thèse de Paris*, 1891).

Thèse trop courte, sur un sujet intéressant. L'auteur eût mieux fait d'abréger la description des maladies mentales dans lesquelles on rencontre le mutisme, et d'insister davantage sur le mutisme en lui-même; sa division en mutisme congénital, physiologique et psychique ne nous paraît ni nette, ni rigoureuse. L'auteur examine successivement le mutisme en lui-

Digitized by Google

même ; ses divisions en mutisme dans les folies vésaniques, névrosiques, diathésiques, sympathiques, toxiques, organiques, congénitales ; mais offre lui-même un mutisme presque complet sur la valeur séméiologique de ce symptôme. Il convient néanmoins de l'excuser, ce symptôme a été peu étudié en lui-même sauf par Guislain, dans son étude sur la mutomonofolie, expression qui a eu le fait de naître trop tôt, car avec les tendances de nos jours aux néologismes grotesques, elle serait capable d'avoir du succès ; l'auteur n'a pas relevé cette expression de l'oubli et il a bien fait.

Dr CHARPENTIER.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

ÉLECTROTHÉRAPIE

Comment on doit se servir des appareils à courants interrompus

Nous avons déjà étudié dans un article précédent tout ce que le praticien doit savoir pour administrer avec fruit les courants continus (1). Nous nous occuperons aujourd'hui des courants interrompus.

Faradey les découvrit en 1831 et énonça les lois suivantes : 1° *tout courant qui commence, augmente d'intensité ou s'approche, fait naître dans un circuit fermé voisin un courant appelé induit, qui est de sens contraire au courant inducteur ; 2° tout courant qui finit, diminue d'intensité ou s'éloigne, provoque la formation d'un courant qui est de même sens.* L'induction peut encore être produite par l'action des aimants, que l'on considère comme formés par un solénoïde, c'est-à-dire par un système de courants circulaires et superposés les uns au-dessus des autres. Les lois sont ici les mêmes : un aimant qui commence, augmente d'intensité ou s'approche, fait naître dans un circuit fermé voisin un courant dont la direction est de sens contraire à celle du courant qui est sensé parcourir circulairement l'aimant ; un courant de même sens se produit dans les conditions inverses. On utilisait autrefois les appareils fondés exclusivement sur cette action inductrice des aimants (*appareils magnéto-faradiques*). Mais ils sont tombés en désuétude ; leur force minima est trop grande, leur graduation difficile ; enfin ils forcent l'opérateur à occuper inutilement une main pour faire tourner les bobines contenant le fil inducteur autour de l'aimant. Les appareils employés maintenant dans la pratique médicale, utilisent l'action simultanée des courants et des aimants.

Leurs formes varient avec les différents constructeurs, mais tous sont fondés sur les mêmes principes. Un fil, appelé *inducteur*, est enroulé un certain nombre de fois sur une bobine en bois ou en carton. Cette bobine, appelée *inductrice*, est recouverte par le fil *induit* et dans son intérieur se trouve un faisceau de fils de fer doux. Aussitôt que la fermeture est établie, le courant passe dans le fil inducteur et produit l'aimantation du fer doux. De là un courant induit qui circule *en sens inverse* et a pour facteur un courant et un aimant qui naissent. Le contraire a lieu lorsque le courant inducteur est rompu ; il se forme un courant induit *de même sens*, ayant pour facteur un courant et un aimant qui finissent. Les interruptions peuvent se faire à la main, mais elles se font ordinairement automatiquement au moyen d'une languette de métal située sur le trajet du courant inducteur et qui, aussitôt que le courant passe, est attirée par le barreau de fer doux qui vient de s'aimanter. La rupture du courant se produit alors, l'aimantation du fer doux cesse immédiatement, et la languette métallique, revenant à sa place, ferme de nouveau le circuit.

La graduation des courants présente une grande importance, et on ne doit se servir que des appareils pouvant aller de zéro à une grande intensité. On obtient facilement ce résultat en faisant glisser la bobine induite sur la bobine inductrice ; une partie plus ou moins grande du fil induit est alors seule soumise à l'induction (chariot de Du Bois-Reymond). On peut encore faire varier l'intensité de l'aimantation en enfonçant plus ou moins un tube de métal ne présentant pas de solution de continuité entre la bobine inductrice et le fer doux ; dans ce cas l'intensité minimum peut-être très faible, mais on n'obtient jamais le zéro parfait.

Propriétés physiques et physiologiques du courant induit. — Lorsqu'on applique sur un muscle ou un nerf le courant induit, on voit qu'avec une seule interruption du courant inducteur, on ne perçoit qu'une seule secousse à la rupture. Il se produit pourtant un courant à la fermeture, mais il n'est pas appréciable dans les conditions ordinaires, parce que, pour des raisons qu'il serait trop long d'expliquer, sa tension est beaucoup moins forte. Le courant de rupture est seul utilisé et sa direction est la même que celle du courant inducteur.

Ses propriétés varient : 1° avec la grosseur du fil induit ; 2° avec la rapidité plus ou moins grande des interruptions ; 3° avec les pôles positifs et négatifs.

1° *Le diamètre du fil induit* a une grande importance. Le courant qui s'y développe possède une force électromotrice d'autant plus grande que le fil est fin ; la quantité est, au contraire, en raison directe de la grosseur du fil. *La bobine à fil fin* donnera donc naissance à un courant ayant une grande force électro-motrice et peu de quantité : son action impressionnera plus profondément le système nerveux sensitif et réflexe, et sa pénétration au sein des tissus sera plus profonde. *La bobine à fil gros* produit, au contraire, moins de tension, mais plus de quantité : le courant induit qui la parcourt agit moins sur la sensibilité, mais impressionne davantage la motilité. C'est lui que l'on doit employer de préférence lorsqu'on veut exciter le système musculaire.

Dans les appareils qui n'ont pas de bobine à gros fil, et dans certaines conditions spéciales, on se sert d'une autre sorte de courant dont nous n'avons pas parlé jusqu'ici : c'est le courant induit qui se forme dans la bobine inductrice elle-même. En effet, par suite de l'enroulement du fil en spirale, il se produit, aussitôt que le courant passe, des courants induits ayant pour facteur les spirales elles-mêmes de l'inducteur ; chaque spirale est inductrice pour les spirales voisines ; il en résulte un courant, qui prend le nom d'*extra-courant*. Il présente comme caractère important de ne se produire qu'à la rupture, et sa direction est toujours la même. Il a les mêmes qualités générales que le courant de la bobine à fil gros : il faut cependant faire entre ces deux courants

(1) *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1889, n° 37.

Digitized by Google

une distinction importante : la bobine à fil gros produit deux courants de sens inverse, qui, quoique ayant une tension différente, donnent lieu cependant à des actions électrolytiques égales et se neutralisant. Les extra-courants ne se forment que dans un seul sens, et les actions électrolytiques qu'ils produisent persistent pendant toute leur durée.

2 *La rapidité* plus ou moins grande des intermittences mérite de fixer notre attention. Si vous voulez agir sur la sensibilité, les secousses devront être très rapides. Une secousse unique, faite même avec toute la bobine à fil fin, sera à peine douloureuse, tandis qu'avec vingt intermittences par seconde, la douleur sera intolérable. L'importance de la rapidité, lorsqu'on agit sur les muscles, n'est pas moins indiscutable : plus les secousses seront rapides, et moins vous permettrez au muscle de revenir à son état normal dans l'intervalle des contractions. Deux ou trois excitations par seconde font contracter le muscle sans le fatiguer, tandis qu'un nombre plus considérable, par exemple quinze ou vingt, produit le tétanos, qui, s'il dure longtemps, fatiguera le muscle et pourra, dans certains cas, en déterminer la contracture.

En résumé, *pour agir sur la sensibilité, vous emploierez les intermittences rapides*; *pour agir sur la motilité, des intermittences lentes.*

3° *Le pôle négatif* excite plus que le pôle positif. Il est bien entendu que, dans les appareils où les pôles sont marqués, on veut toujours indiquer le sens du courant de rupture qui est le seul utilisé pour provoquer les contractions ou exciter la sensibilité.

De quelle manière doit-on se servir de ces appareils? La faradisation peut être cutanée, musculaire, nerveuse, ou bien s'adresser à des organes plus ou moins profondément situées.

A. *Faradisation cutanée.* — On l'emploie surtout lorsqu'on veut produire une excitation révulsive ou réflexe. Il n'y a pas d'agents thérapeutiques qui puissent mieux remplir ces indications : on peut, en effet, provoquer des douleurs qui vont depuis le simple chatouillement jusqu'à la douleur la plus intense ; cette douleur peut être éveillée brusquement et cesser de même. Il n'y a à craindre aucune désorganisation des tissus, de sorte que son emploi peut être fréquemment répété, si besoin est, sans laisser aucune trace, si ce n'est parfois quelques rougeurs légères et une érection des papilles : ces phénomènes sont dûs à des modifications vasomotrices.

Pour la produire, on se sert d'une électrode humide placée sur une partie indifférente, et d'une électrode métallique, soit pleine, soit sous forme de vergettes réunies en pinceau, que l'on fait promener sur la partie à électriser préalablement desséchée. On doit se servir de la bobine à fil fin, avec des intermittences très rapides, et l'on prendra de préférence, comme électrode active, le pôle négatif.

Indications. — On peut utiliser ce mode d'électrisation : 1° dans *les asphyxies.* Si l'on emploie des excitations très fortes, il faut éviter avec soin les régions cardiaque et du cou, car une excitation faradique forte du cœur produit la mort de cet organe ; 2° les *anesthésies* cutanées rebelles cèdent souvent à son action ; 3° on les utilise encore lorsqu'on veut produire une révulsion ou une perturbation sur un point quelconque de la peau ou des parties situées au-dessous : douleurs rhumatoïdes, névralgies surtout sciatiques. Duchenne a employé, avec succès, *la main électrique*, pour rappeler l'excitabilité du pneumogastrique soit cardiaque (spinal), soit pulmonaire, dans les paralysies de ce nerf : dans ce cas, le rhéophore excitateur est tenu dans la paume de la main, et l'on passe rapidement la face dorsale sur les points que l'on veut exciter ; 4° enfin, dans quelques maladies de la moëlle épinière, surtout dans l'ataxie locomotrice, on peut produire une excitation réflexe favorable, modifiant surtout les phénomènes douloureux, en promenant le pinceau électrique sur la région dorso-lombaire.

L'électrisation cutanée reflexe est *contre indiquée* : 1° chez les personnes très excitables ; 2° dans les maladies des centres cérébraux, surtout les paralysies consécutives à une hémorrhagie ou à un ramollissement : il est en effet à craindre qu'une excitation réflexe trop forte ne provoque des attaques épileptiformes ou n'exagère la contracture.

B. *Electrisation musculaire.* — L'excitation des muscles peut être faite d'une manière indirecte : nous nous en occuperons plus loin ; ou bien elle peut être faite d'une manière directe. Ici on doit éliminer autant que possible tout phénomène douloureux ; Duchenne avait porté ce mode d'électrisation, appelée par lui localisée, au plus haut degré de perfection. Les deux électrodes doivent être complètement mouillées avec de l'eau simple ou légèrement salée ; elles doivent être rapprochées le plus possible et promenées non seulement sur chaque muscle en particulier, mais encore sur chaque portion de la masse charnue du muscle. Lorsqu'il y aura trop d'adipose sous-cutanée, on enfoncera doucement les tampons de manière à se rapprocher du corps charnu des muscles. Ces derniers sont ordinairement plus facilement excités dans certains points, appelés *points d'élections.* On trouve dans certains ouvrages (Erb, Bardet), un tableau plus ou moins exact de ces points. Le mieux est de les chercher sur chaque sujet et de les marquer avec un crayon à l'aniline. On peut procéder de la façon suivante : les deux tampons étant très humectés, on les promène lentement sur les différentes parties du groupe musculaire à exciter, en employant chaque fois des intensités croissantes, et on marque les points où la contraction se produit. Pour cette recherche on doit employer les intermittences lentes, une ou deux par secondes.

La partie à électriser sera d'abord légèrement massée par friction cutanée sèche et friction musculaire profonde : l'électrisation deviendra alors beaucoup plus active et agira sur un terrain déjà préparé à la recevoir. Le massage, en effet, réveille la tonicité musculaire, active les circulations locales et rend la résistance de la peau et des tissus sous-cutanés moins forte.

Pour éviter les phénomènes douloureux, Duchenne recommande de bien mouiller les tampons et de

Digitized by Google

mettre en *contact parfait* avec la peau. Cette dernière pourra être préalablement mouillée chez les personnes trop excitables avec une solution de cocaïne.

L'électrisation musculaire doit être faite, pour des raisons qui ont été exposées plus haut, avec *des intermittences lentes et la bobine à fil gros;* la contraction musculaire ainsi obtenue sera moins douloureuse, moins fatigante et l'on n'aura pas à craindre les phénomènes de contractures que des excitations trop fortes peuvent produire dans certaines paralysies, surtout la paralysie faciale. Dans les cas de paralysies avec atrophie notable, l'extra-courant devra être préféré, à cause des phénomènes électrolytiques qu'il produit. On devra toujours commencer par de faibles courants et aller progressivement en augmentant jusqu'à ce que l'on ait obtenu une contraction suffisante : il sera alors inutile d'augmenter l'intensité de l'excitation. Les indications sont les mêmes pour les muscles à fibres lisses : vessie, rectum, intestin et estomac.

C. *Electrisation des nerfs.*— On excite les nerfs dans le point le plus voisin de la superficie. Les deux électrodes mouillées sont placées à son niveau, ou bien une électrode sera sur le nerf et l'autre sur les points d'élection du muscle à exciter. Ce mode d'électrisation s'emploie surtout lorsque l'adipose au niveau du muscle est trop grande, ou bien lorsque le muscle est profond. C'est ce que l'on appelle électrisation musculaire indirecte : elle agit bien moins sur les troubles trophiques du muscle que l'électrisation directe.

D. L'électrisation des organes, en particulier, ne saurait être traitée ici et fera l'objet d'articles séparés.

La durée des séances varie beaucoup, mais ne doit pas dépasser environ un quart d'heure. Les séances faites trois fois par semaine sont en général suffisantes, surtout lorsqu'elles sont précédées et suivies d'un léger massage.

Dr Courtade,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

FAITS CLINIQUES

MALADIES DU LARYNX

Un cas de parésie laryngienne consécutive à l'influenza

Par M. le Dr Marcellin Cazaux

Le 10 juillet 1890, se présentait à ma consultation Mlle X, âgée de 21 ans, de bonne corpulence; teint anémique; menstrues irrégulières depuis deux ans (1).

Ce qui frappe au premier aspect, c'est une dyspnée intense, avec fort cornage à chaque inspiration, cornage sujet à des exacerbations qui ne sont pas sans inspirer de craintes à la malade et à son entourage.

Les trois médecins qui ont soigné Mlle X, me disent avoir essayé en vain tous les moyens possibles; ils l'envoient aux Eaux-Bonnes sans se prononcer sur le diagnostic, me laissant le soin d'examiner s'il y a lieu à l'usage des eaux. Ils m'apprenaient en même temps que sauf deux ou trois aphonies sans importance au printemps de cette année 1889, leur cliente avait joui d'une bonne santé jusqu'en décembre de cette même année où elle eut une forte attaque d'influenza. C'est pendant cette attaque que s'était établie cette dyspnée avec cornage; la voix était d'ailleurs sans altération et l'effort possible.

Au premier examen laryngoscopique, je pus constater seulement qu'il n'y avait pas de lésion matérielle digne d'attention; à peine un peu de rougeur des cordes vocales.

Je procédai ensuite à une inspection minutieuse de la malade qui me démontra qu'il n'y avait aucune cause de compression de la trachée, des bronches, ou des nerfs laryngiens; tous les organes intrathoraciques paraissaient sains.

Je revins alors à l'examen laryngoscopique après badigeonnage avec une solution au 2/10e de chlorhydrate de cocaïne et constatai que les constricteurs de la glotte (crico-aryténoïdiens latéraux et ary-aryténoïdien), fonctionnaient régulièrement de même que les tenseurs des cordes vocales (thyro-aryténoïdiens et crico-thyroïdiens) ; mais les rubans vocaux ne s'écartaient pas autant qu'à l'état normal pour l'entrée de l'air; la glotte ligamenteuse s'ouvrait incomplètement : d'où diminution de la colonne d'air nécessaire à l'hématose, expliquant la dyspnée, d'où vibration anormale des cordes vocales produisant ce pénible cornage.

On pouvait se demander si l'on n'avait pas affaire à un spasme des constricteurs, d'autant plus que la paralysie passagère de ces mêmes constricteurs huit mois auparavant dénotait une tare hystérique, si légère fût-elle, mais la facilité de l'expiration, la clarté de la parole, la marche et la durée de la maladie, jointes à la vue directe par le miroir, me firent écarter cette idée pour porter le diagnostic de : *parésie des muscles crico-aryténoïdiens, postérieurs, dilatateurs de la glotte;* parésie nerveuse survenue à l'occasion, sinon par l'action directe des toxines de l'influenza sur les filets du récurrent dérivant du pneumo-gastrique.

Je déconseillai la cure thermale, et renvoyai la malade avec le traitement suivant : électrisation quotidienne des nerfs récurrents par les courants continus ; pilules de sulfate de strychnine de un milligramme (4 à 10, chaque jour progressivement jusqu'à intolérance).

J'ai vu depuis que ces indications avaient été ponctuellement suivies et que trois mois après, tout à fait guérie, elle se mariait dans les meilleures conditions.

(1) *Société médico-pratique*, séance du 25 mai 1891.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

CHIRURGIE

I. **Traitement du testicule tuberculeux par la cautérisation ignée.** — Employé par M. Verneuil, ce moyen convient quand on redoute la castration, qui, elle même, est indiquée au début seulement et quand le cordon et la prostate sont intacts.

La technique en est simple :

1° Anesthésie par le chloroforme.
2° Plonger dans le centre du testicule cinq ou six pointes de feu.
3° Suites générales longues et nécessité de revenir au même procédé.

Par les orifices des plaies, il s'écoule des produits caséeux; le malade, selon l'expression de M. Verneuil, conserve un testicule rudimentaire et *moral.*

DERMATOLOGIE

II. **Un traitement du sycosis** — Dans ces derniers temps, Rosenthal a recommandé ce traitement au triple point de vue de sa tolérance, de son efficacité et de la facilité de son emploi.

Digitized by Google

En voici la technique :

1° Onctions le matin et le soir et pendant trois jours sur la région malade avec la pommade suivante :

Acide tannique..... ..	0 gr. 15 cent.
Soufre précipité.....	1 gr. 50 cent.
Vaseline.....	20 gr.

2° Ensuite, pendant la journée, aucun pansement, mais durant la nuit, applications de vaseline pure ou salicylée.

3° Au besoin remplacer la pommade précédente par la pâte suivante :

Acide tannique....	3 gr. 75 centigr.
Soufre précipité	10 grammes
Oxyde de zinc..... } Amidon finement pulvérisé }	àà 16 grammes
Vaseline.....	45 grammes

Le traitement doit être complété par l'épilation et pendant sa durée on évitera l'emploi des emplâtres au plomb et la pigmentation de la peau par la formation d'un sulfure de ce métal.

III. **Préparation des bains émollients.**— M. E. Besnier recommande la technique suivante :

1° Délayer 500 ou 1000 grammes d'amidon dans cinq ou six litres d'eau froide, qu'on fait bouillir ensuite jusqu'à ce que le mélange perde sa coloration blanche pour devenir grisâtre.

2° Ajouter cette liqueur sirupeuse à l'eau du bain.

Quand le bain amidonné provoque un sentiment de sécheresse cutanée on le remplace par le bain émollient à la graine de lin.

1° Mettre dans un sac, un à deux kilogrammes de farine de graine de lin fraiche, et faire bouillir dans cinq ou six litres d'eau pendant une demi-heure.

2° On mélange le tout avec l'eau du bain.

OTOLOGIE

IV. **Traitement de l'otalgie.** — Cette médication est recommandée par M. Moure, aussi bien contre les douleurs de l'otalgie que contre celles de l'otite. Il la préfère aux instillations d'huile éthérée ou laudanisée qui irritent la membrane du tympan. En voici la formule :

Sulfate d'atropine..... ...	0 gr. 02 cent.
Hydrochlorate de morphine.	0 gr. 05 cent.
Glycérine neutre..... ..	15 grammes

F. s. a. pour l'usage externe.

Appliquer à l'entrée du méat un tampon imbibé de ce glycéré, ou bien même en instiller, matin et soir, deux gouttes dans le conduit auditif.

S. R.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES FRANÇAISES

ALLEMAGNE. — **Société de médecine de Berlin** (27 mai 1891). I. *L'étiologie de l'apoplexie cérébrale.* — **Réunion des chirurgiens de Berlin** (11 mai 1891). II *Une statistique de gastro-entérostomie.* — ANGLETERRE. — **Société royale de médecine et de chirurgie de Londres** (26 mai 1891). III. *De la ligature artérielle et des modifications vasculaires après cette ligature.*

I. **L'étiologie de l'apoplexie cérébrale.** — Depuis les travaux de M. Charcot, on sait que l'artère du corps strié est celle de l'hémorrhagie cérébrale C'est un fait anatomo-pathologique.

Pour l'expliquer on a, les uns, avec M. Charcot, admis l'existence d'anévrysmes miliaires ; les autres, avec M. Virchow, l'ectasie ampullaire. Ce sont des théories.

M. MENDEL n'en est point entièrement satisfait ou plutôt serait heureux de mettre les auteurs d'accord entre eux, et la théorie en accord avec les auteurs. Il a donc imaginé des expériences et mesuré la pression sanguine dans l'artère carotidienne et dans l'artère du corps strié.

Or, il y a égalité de pression dans ces vaisseaux. Par contre, il existe une moindre pression dans les vaisseaux de la couche corticale que dans les autres, ce qui au demeurant s'explique, par ce fait que l'artère du corps strié est une artère terminale tandis que les autres vaisseaux s'anastomosent entre eux.

Les anévrysmes miliaires ont pour origine, ajoute M. Mendel, les variations de pression entraînant la rupture du vaisseau. A côté de ces phénomènes, il faudrait encore tenir compte de l'hypéremie de la région de l'hémorrhagie et de l'anémie de la région corticale ; cette hypéremie et cette anémie donnant raison des symptômes secondaires.

Au demeurant, on savait que l'hypertension actuelle prédispose les vaisseaux à l'athérome ; on savait aussi que cette même hypertension joue un rôle pathogénique considérable dans cette maladie. C'est donc proclamer l'importance de la théorie française de l'hypertension artérielle telle qu'elle a été exposée par M. Huchard, et telle qu'elle se confirme de plus en plus. Il semble que M. Mendel a réussi, tout en ne le nommant pas, à rendre hommage à notre compatriote.

II. **Une statistique de gastro-entérostomie.** — La jejunotomie ou dilatation du pylore sans ouverture de l'estomac a été proposée dans les cas où la résection du pylore est impossible.

Loreta a obtenu, par cette opération, une mortalité de 60 pour cent. La statistique que M. HAHN vient de communiquer à ses collègues est moins favorable, car sur 11 cas, elle enregistre 5 guérisons et six morts ; quatre fois par le collapsus et une fois par péritonite. Pourquoi ? Parce que, c'est l'opérateur qui le dit, les opérés étaient plus âgés. Il y a loin de ses chiffres à la statistique de Luck'e, notant 12 morts sur 21 opérés, ou à celle de Rohwiz, accusant, succès fort exceptionnel, huit cas et sept succès !

La survie a été de quelques jours à cinq années après l'opération. En présence d'affirmations si peu concordantes la jejunotomie demeure d'un emploi exceptionnel et, tout au plus, un expédient opératoire.

III. — **De la ligature artérielle et des modifications vasculaires après cette opération.** — Cette question, à la fois de physiologie et de thérapeutique chirurgicale, vient d'être étudiée par MM. SHERIDAN, DELEPINE et DENT, par l'observation des modifications survenues après des ligatures d'artères, au cinquième, au neuvième, au quatorzième, au vingtième et au vingt-troisième jour après l'opération.

En voici les conclusions :

1° Une artère est-elle liée avec force dans sa continuité ? Il y a, si l'oblitération est permanente, formation d'un caillot, quand bien même il existerait dans le voisinage une branche collatérale.

2° Du premier au cinquième jour, le caillot augmente par la superposition de coagulations sanguines de sorte que ses diverses couches varient d'aspect et de consistance en raison même de leur âge. En même temps, la rétraction du caillot donne lieu à des fissures entre lesquelles il s'établit une sorte de fausse circulation dans le thrombus.

3° Du cinquième au treizième jour : modification de l'épithélium, formation de tractus cellulaires pénétrant le caillot, puis, vers la fin de cette période, tapissant la surface du caillot.

4° En même temps, résorption graduelle de ce caillot, qui, dès le quatorzième, n'est plus constitué que par du pigment.

Digitized by Google

5° Pendant que ces transformations s'opèrent dans l'artère ligaturée, on observe le développement de vaisseaux embryonnaires dans la paroi vasculaire et le tissu conjonctif péri-vasculaire.

6 Vers le vingt-troisième jour, la circulation de suppléance est réalisée par les vaisseaux intra et extra-artériels, qui pénètrent à travers la tunique musculaire dégénérée et remplacent le vaisseau oblitéré.

7° Enfin, résorption de la ligature.

MM. Delepine et Dent terminent par cette considération opératoire, dont MM. Holmes, Macnamara et d'autres de leurs collègues reconnaissent la légitimité, à savoir : que la ligature des artères doit être suffisamment serrée pour oblitérer le calibre du vaisseau. Ici toutefois il s'est élevé une objection : M. Balance, un collègue de ces observateurs, estime qu'un excès peut en amener un autre, et que, si le but de la ligature étant de réaliser l'obstruction du vaisseau, on dépasse cet objectif quand, par une ligature trop brutale, on amène la lésion des tuniques artérelles. A cette réserve, M. Delespine répond qu'après une ligature trop lâche, l'artère peut ne pas être encore oblitérée après quarante et même cinquante jours.

Au demeurant, pour la pratique, il faut retenir qu'une ligature lâche est indiquée seulement chez un athéromateux, que la ligature serrée donne seule la sécurité et le succès, et que, si celle-ci présente de tels avantages, celle-là, même quand elle paraît exceptionnellement indiquée, procure seulement des résultats partiels. K. D.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 11 *mai* 1891

Présidence de M. le Dr Descroizilles

Le procès-verbal de la précédente séance est lu, mis aux voix et adopté. La correspondance imprimée comprend : Le *Poitou Médical*; la *Revue Internationale de Bibliographie médicale, pharmaceutique et vétérinaire*; la *Gazette de Gynécologie*.

M. Julliard fait une communication sur l'association, dans une même préparation pharmaceutique, de l'**antipyrine** et de l'**acide phénique** :

J'ai eu, dit-il, à exécuter il y a quelques jours, l'ordonnance suivante de M. le Dr B..., pour être employée en inhalations sur le larynx dans un pulvérisateur à vapeur.

Acide phénique.....	1	gramme.
Antipyrine.....	1	—
Glycérine.....	10	—
Eau distillée.....	200	—
Eau laurier cerise.....	10	—

L'élève qui avait fait la préparation avait trituré ensemble ·ide phénique et l'antipyrine; puis ajouté les eaux distillées, ·nalement la glycérine.

l vint me montrer des gouttelettes d'apparence huileuse, ;nant le fond du flacon, et me demanda s'il fallait livrer la ·ition en cet état.

·près examen, je fus assuré que ces gouttelettes n'étaient ·utre chose que de l'acide phénique non encore dissous ; et je me rappelai à cet instant une note de M. Tardy, élève en pharmacie, publiée dans l'*Union pharmaceutique*, et signalant le même phénomène dans une préparation identique, mais sans glycérine. Je me souvins encore avoir lu dans une récente revue des médicaments nouveaux, les conclusions suivantes, basées sur la présence de ces gouttelettes huileuses : « *on ne doit jamais associer l'antipyrine et l'acide phénique.* »

C'est là une erreur manifeste.

En effet, persuadé que l'on pouvait éviter la formation de ce précipité, en assurant la solution complète de l'acide phénique, je recommmençai la préparation formulée ci-dessus, en dissolvant l'acide phénique dans les 10 grammes de glycérine, dans laquelle le phénol est très soluble; j'ajoutai peu à peu l'eau distillée *sæpius agitando*; et en dernier lieu l'antipyrine dissoute dans l'eau de laurier-cerise. J'obtins ainsi une solution parfaitement limpide, sans aucun précipité, et n'ayant produit aucune lactescence pendant la préparation.

Je recommençai le lendemain cette expérience au laboratoire de la pharmacie avec MM Palaugié et Connepin, chef du laboratoire d'analyses; et, cette fois, sans employer la glycérine, nous fîmes une première solution bien complète de phénol dans suffisante quantité d'alcool, qui devint blanche comme du lait au moment où nous la versâmes dans l'eau, et reprit sa limpidité parfaite, après quelques secondes d'agitation ; et lorsque nous y ajoutâmes la deuxième solution d'antipyrine, rien ne fut dans l'aspect de la liqueur, il n'y eut pas trace de précipité.

Il n'est donc pas exact de dire qu'on ne peut pas associer l'antipyrine et l'acide phénique. La seule précaution à prendre est de bien assurer la solution de l'acide phénique dans sa quantité de dissolvant inoffensif, par exemple, l'alcool et la glycérine.

La présence de ces deux liquides ne peut avoir aucun inconvénient dans l'emploi ci-dessus indiqué, non plus que dans une potion (vu la très petite quantité employée), ni même en injections hypodermiques ; puisqu'on injecte bien l'acide phénique pur (1 gr.) avec de la vaseline liquide (99 gr), et le même acide avec 3 gr., 10 gr. d'alcool et 10 gr. d'eau.

M. Routier a vu souvent, en demandant une solution phéniquée à 5 0/0, le précipité huileux au fond du flacon.

M. Reliquet emploie l'acide phénique depuis longtemps et, dès le début, même avec la solution au millième, il observait la *non solution*; il a, depuis, indiqué la quantité d'alcool nécessaire pour dissoudre et ne fait ajouter l'eau qu'après. Un de ses malades, atteint de balano-posthite, se fit, avec une solution mal faite, une cautérisation très vive.

M Julliard préconise la glycérine comme dissolvant.

M. Ferdinand Vigier insiste pour que deux produits différents ne soient pas associés sans avoir été préalablement dissous à 4 0/0, la solution se fait toujours sans alcool et sans glycérine. Il faut assurer la solution en remuant suffisamment.

M. Reliquet rappelle que, alors que tous les chirurgiens accusaient la solution phéniquée, même au millième, d'être très irritante pour les voies urinaires, il avait, lui, soutenu que cette solution produisait un effet sédatif. On peut même laisser de cette solution dans la vessie, en se servant d'acide phénique très fort.

M. Tripet demande combien la glycérine peut dissoudre d'acide phénique

M. Julliard répond que la solubilité de l'acide phénique dans la glycérine est très notable — deux tiers de glycérine suffiraient pour un tiers d'acide phénique, en ajoutant l'eau ensuite.

M Vigier rappelle que l'alcool diminue l'action antiseptique de l'acide phénique.

M. Julliard conclut qu'il faut d'abord dissoudre l'acide phénique dans le dissolvant, alcool ou glycérine, avant d'y ajouter l'eau.

M. Ribard fait hommage à la Société d'un travail sur le traitement de la diphtérie.

Dr Tripet.

Digitized by Google

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 juin 1891

Présidence de M. le Dr Terrier

Cure radicale de la hernie inguinale de la femme. — M. Berger présente quelques remarques sur les procédés de cure radicale qu'il emploie chez la femme. Il existe deux sortes de cas bien différents — 1° *La hernie est acquise.* Le premier temps de l'opération, qui consiste dans la dissection en sac, est assez simple. En effet, le sac est libre d'adhérence avec le ligament rond ; celui-ci est donc facile à isoler, il n'y a pas lieu de prendre de précautions particulières. L'opération se termine comme dans le cas suivant.

2° *La hernie est congénitale.* Le sac herniaire est adhérent au ligament rond difficile à isoler. La dissection du sac qui est entouré de plusieurs feuillets fibreux, est laborieuse et doit être poursuivie très haut. Il est d'ailleurs peu important d'intéresser le ligament rond, puisqu'il est ensuite réséqué. Il est nécessaire de veiller avec soin à ne pas blesser l'ovaire ou la trompe qui sont facilement attirés au dehors ; M. Berger a coutume de rentrer ces viscères dans l'abdomen, ceci étant fait, il pose un fil à la ligature au-dessus du sac et réséque toute la partie sous-jacente, puis fixe le pédicule dans l'épaisseur même de la paroi au niveau de l'orifice interne du canal inguinal. La paroi abdominale est ensuite reconstituée dans toute son étendue par de nombreuses sutures ; grâce à ce procédé, M. Berger n'a jamais vu de récidive des hernies qu'il a opérées.

Epilepsie jacksonnienne, craniectomie, guérison. — M. Terrier rend compte d'une observation envoyée par M. Verchère. On sait que dans l'épilepsie essentielle la trépanation n'a pas encore donné des résultats favorables assez nombreux pour que cette pratique soit définitivement adoptée. Dans l'épilepsie partielle, localisée, dite épilepsie jacksonienne, cette opération a été plus souvent suivie de succès, surtout en ce qui a trait à l'épilepsie traumatique avec lésions macroscopiques. Instruit de ces faits, M. Verechère a appliqué la trépanation dans le cas suivant : un enfant de douze ans sans antécédents névropathiques héréditaires, se heurte la tête à l'angle d'une fontaine ; il ne se fait pas de plaie, ne perd pas connaissance ; il n'a même pas conservé le souvenir du siège du traumatisme ; quinze jours après, il éprouve sa première attaque d'épilepsie ; celles-ci ont toujours persisté depuis dix ans ; le bromure de potassium a diminué leur nombre sans jamais les faire disparaître. La crise débute par une aura partant de la main droite gagnant le membre supérieur droit, puis, les convulsions apparaissent dans les membres supérieur et inférieur sans jamais atteindre ceux du côté opposé. L'attaque est suivie de sommeil prolongé, de courbature générale, parfois d'impulsions homicides. L'intelligence est peu développée, enfin, il existe une dégénérescence secondaire du membre inférieur droit. Le 18 avril 1890, M. Verchère trépana le pariétal droit à quelques centimètres au-dessus de l'oreille, puis incisa la dure-mère, reconnut la scissure de Rolando et le pied des trois circonvolutions frontales. Les meninges et le cerveau ne présentaient aucune lésion ; lorsque la dure-mère fut ouverte, le tissu nerveux, recouvert de la pie-mère, vint faire hernie au travers la plaie ; quelques gouttes de liquide céphalo-rachidien filtrèrent alors au travers des deux meninges intactes. M. Verchère attribue cette hernie du cerveau à une tension trop élevée du liquide céphalo-rachidien. La dure-mère fut ensuite suturée, et la plaie cutanée refermée. Les suites de cette opération furent simples : le malade vit disparaître ses maux de tête ; six jours après, il eut une attaque d'épilepsie, suivie de monoplégie brachiale droite passagère, — depuis il n'a pas eu de nouvelle crise. Cette opération paraît donc devoir être curative, si les résultats se maintiennent.

Dr H. Marciguey.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 juin 1891

Présidence de M. le Dr Labbé

Hystérie chez l'homme. — M. Debove rapporte une observation d'hystérie traumatique chez l'homme, dûe à une cause peu commune, la décompression brusque. Il s'agit d'un homme de 35 ans, ne présentant aucune tare nerveuse, employé aux travaux du port de Trouville ; il était dans la caisse à plongeur, lorsqu'à la suite d'une fausse manœuvre, il fut brusquement décomprimé. Immédiatement il perdit connaissance, et quand il revint à lui il fut pris de grandes crises d'hystérie, qui durèrent huit jours. Une hémiplégie droite succéda à ces crises ; elle présentait les caractères des hémiplégies hystériques, s'accompagnant d'hémi-anesthésie cutanée et d'anesthésie des organes des sens.

On sait que les paralysies diverses, notamment la paraplégie, survenues après la décompression brusque, ont été attribuées par plusieurs auteurs, au dégagement de bulles gazeuses dans les centres nerveux. M. Debove ne pense pas que cette théorie soit applicable dans le cas particulier : les crises d'hystérie qui sont apparues aussitôt après l'accident, comme cela arrive après certains traumatismes, les caractères de l'hémi-anesthésie montrent bien qu'il s'agit d'hystérie traumatique, à laquelle on doit rattacher l'hémiplégie consécutive.

De la vision dans la maladie de Thomsen. — M. Raymond. — On sait que la maladie de Thomsen est une affection congénitale, caractérisée par la contracture des muscles, apparaissant subitement dans les membres, lorsque le sujet veut les mouvoir. Cette contracture disparait au bout de quelques secondes et le sujet reprend l'usage de ses muscles. Au point de vue anatomo-pathologique, elle consiste en une myosite parenchymateuse, avec multiplication des noyaux du myolemme.

Les spasmes peuvent également envahir les muscles de l'œil et des paupières. Chez un des malades de M. Raymond, à l'occasion des mouvements brusques de la tête et du cou, les paupières sont le siège d'un spasme qui rend les yeux saillants, le regard fixe, et en même temps se produit une amblyopie transitoire, parfois même une cécité passagère complète. Les muscles droits internes des yeux, depuis quelques mois, se sont hypertrophiés d'une manière très notable ; cette hypertrophie envahit en ce moment les autres muscles droits et montre l'évolution progressive de la maladie.

Chez un autre sujet, les spasmes se montrent dans les muscles qui président à l'élévation du globe oculaire ; pas de contracture de l'accommodation ; pupilles réagissant normalement. Diplopie intermittente ; champ visuel normal ; pas de lésion du fond de l'œil. Amblyopie et amaurose transitoires survenant dans les mêmes conditions que chez le malade précédent, à l'occasion d'un mouvement brusque de la tête et du cou. M. Raymond attribue ces phénomènes à des troubles de la circulation du sang de la rétine, provenant de la compression exercée par les muscles extrinsèques de l'œil contracturés.

En résumé, dans la maladie de Thomsen, les muscles propres des yeux peuvent s'hypertrophier et présenter les contractures caractéristiques.

L'accommodation n'est nullement intéressée, fait qui tient à ce que le muscle ciliaire est un muscle lisse, tandis que les mus-

Digitized by Google

cles striés sont seuls le siège des troubles myotoniques de la maladie de Thomsen.

Enfin il peut survenir de l'amblyopie et de l'amaurose transitoire à la suite des contractions spasmodiques des muscles des yeux, que ces contractions soient isolées ou combinées avec les contractions spasmodiques des muscles du cou.

H. M.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 juin 1891

Présidence de M. le Dr Tarnier

M. A. Robin lit un rapport sur les eaux minérales.

M. Perrier présente une jeune fille de 13 ans et demi, à qui il a fait, avec succès, la laryngotomie pour un corps étranger enclavé dans le larynx depuis trente-cinq jours.

M. Kalt lit l'observation d'un malade atteint d'un anévrysme artério-veineux de la carotide dans le tissu caverneax, d'origine traumatique. Il fit la ligature de la carotide primitive qui procura une amélioration notable.

Les accidents de chloroformisation. — M. Laborde complète la communication qu'il a faite dans la dernière séance. Il montre un soufflet spécial qu'il a imaginé pour faire la respiration artificielle et un masque qu'on applique sur le visage du malade, ainsi qu'un appareil enregistreur de la respiration d'une grande simplicité et qui traduit aux yeux les mouvements respiratoires.

M. L Labbé. — M. Laborde prétend que j'ai dit qu'il fallait pincer les narines du sujet soumis au chloroforme : c'est une erreur. Il a dit aussi que j'étais un des plus chauds partisans des méthodes mixtes dans lesquelles on injecte, avant de donner le chloroforme, de la morphine ou de l'atropine. C'est une erreur également. J'ai simplement dit qu'il y a des cas difficiles tels que ceux dans lesquels le malade ne peut s'endormir et dans lesquels l'injection de morphine est utile. Quant à l'atropine je fais des réserves : généralement on doit y renoncer.

Il y a deux classes d'expérimentateurs : ceux qui donnent le chloroforme aux animaux et ceux qui l'administrent à l'homme. Jamais les chirurgiens ne peuvent s'entendre avec les physiologistes. Avec les appareils présentés par M. Laborde, les malades auraient trois fois le temps de mourir avant qu'on puisse les appliquer. Le seul moyen à employer dans les cas graves, c'est la respiration artificielle par le mouvement des bras ; voilà le meilleur procédé, à condition qu'on ne perde pas une seconde. Je demande à ce qu'on en reste à ce qui a été dit lors de la dernière discussion, c'est-à-dire que les expériences de laboratoire sont intéressantes, mais qu'elles ne sont pas transportables dans la pratique.

Ce qu'il faut, c'est employer du chloroforme bien pur et avoir un aide attentif qui ne s'occupe que du chloroforme. J'ai vu ce matin un exemple des dangers que peut faire courir au malade un chloroformisateur inattentif. Il s'agissait d'un jeune [illegible]fant sur qui on faisait une opération grave. L'aide qui donnait le chloroforme quitta le malade de vue pendant quelques [illegible]ants. Heureusement que M. Labbé entendit le rythme de [illegible]spiration tout à fait pathognomonique chez les individus [illegible]ont succomber sous le chloroforme. Il fit aussitôt la res[illegible]n artificielle et put sauver le malade.

M. A. Guérin. — M. Labbé paraît avoir une grande expé[illegible] des accidents mortels chez les individus chloroformés, [illegible] lui demanderai ce qu'il entend par respirations spé[illegible] chez les individus qui vont succomber par suite des [illegible]ions chloroformiques. Quant à moi je n'ai jamais eu de décès par chloroforme.

M. Labbé rappelle que les morts dues au chloroforme sont cependant fréquentes puisque, cette année, il y en a eu 16 à 17 à Paris. Quant à la respiration spéciale qu'il a indiquée, peut-être M. Guérin a-t-il vu des malades à l'agonie. Eh bien! c'est cette respiration que M. Labbé veut signaler.

M. A. Guérin. — Quand on parle de l'administration du chloroforme prudente et continue, on ne devrait pas oublier de citer le nom de Simpson qui nous a appris à donner le chloroforme goutte par goutte.

M. Chauveau. — M. Labbé dit qu'il y a deux classes d'expérimentateurs : ceux qui donnent le chloroforme aux animaux et ceux qui l'administrent à l'homme. Il est très surpris de cette division. Il a beaucoup donné le chloroforme à l'homme et aux animaux et il n'a jamais vu de différence dans le mode d'action du chloroforme. La mort survient absolument de la même façon chez le chien et chez l'homme. Il faut simplifier le plus possible les procédés expérimentaux, mais il est certain que le chloroforme produit des accidents. Il est donc rationnel de chercher le moyen de les éviter.

M. Tarnier rappelle que chez les enfants nouveau-nés, l'insufflation de bouche à bouche est un excellent procédé qui lui a permis de rappeler à la vie un grand nombre d'enfants.

M. Laborde. — C'est en effet un excellent procédé chez l'enfant. Mais la respiration artificielle ne suffit pas dans tous les cas

M. Guéniot est frappé du fonctionnement de l'appareil de M. Laborde. Il voit bien comment l'air entre, mais il ne voit pas comment il sort.

M. Laborde. — Quand on insuffle de l'air à l'aide du masque qu'il a présenté, le poumon étant élastique, l'air sort naturellement dès qu'on cesse l'insufflation.

F. R.

LES JOURNAUX DE LA SEMAINE

En reproduisant sous cette rubrique, des extraits de la presse médicale, le **Journal des Praticiens** *a pour but de renseigner impartialement ses lecteurs. Il réserve donc formellement la liberté de ses appréciations et l'indépendance de sa critique.* N. de la R.

Le procès de la Faculté de Paris. — C'est M. Comby qui requiert, en ces termes sévères, contre l'enseignement universitaire, dans le *Progrès Médical* du 6 juin dernier :

La Faculté a tout fait pour décourager l'initiative privée et anéantir l'enseignement libre ; elle n'a pas su s'assimiler les hommes de progrès qui s'étaient formés en dehors d'elle ; elle a méconnu l'importance des spécialités et n'a pas voulu les enseigner ; pendant que tout le monde marchait, elle a marqué le pas ou rétrogradé, décourageant nos compatriotes et détournant le courant des étrangers qui viennent se perfectionner en Europe.

Bref, si l'étoile médicale de la France a pâli dans cette fin de siècle, c'est à l'organisation universitaire, c'est à la Faculté que nous le devons.

Parmi les hommes vraiment originaux et créateurs qui, en dépit de tous les obstacles, ont fait avancer la médecine française à notre époque, la plupart étaient étrangers à la Faculté.

Qui a ouvert la voie à la bactériologie et préparé la révolution médicale du XIXe siècle? Davaine, l'asteur.

Qui a laissé un nom durable en physiologie? Claude Bernard, professeur au Collège de France. Qui fait autorité en histologie? Ranvier. Qui a fait jaillir de la médecine expérimentale, encore dans les limbes, une si belle lueur? Villemin, du Val-de-Grâce. Qui a brillé au premier rang des neuro-pa-

Digitized by Google

thologistes? Duchenne, de Boulogne. Qui a marqué la dermatologie, la syphiligraphie, d'une empreinte originale et récréatrice? Bazin, Ricord, comme les précédents, à la Faculté. Qui a introduit l'antisepsie chirurgicale en France? Lucas-Championnière, refusé à l'agrégation. Qui a fait les premières ovariotomies?... Qui a enseigné et fait avancer la gynécologie, l'ophtalmologie, l'otologie, la laryngologie, etc , etc.?

La plupart de ces spécialités sont encore aujourd'hui méconnues par la Faculté, qui ne les enseigne pas, et ne contribue en rien à leur diffusion ni à leur progrès. Tout ce qui s'est fait en France dans cette voie a été fait en dehors et en dépit de la Faculté. Et cependant la Faculté tient à garder le monopole d'un enseignement qu'elle ne peut donner; le sentiment de son impuissance ne l'empêche pas de mettre obstacle à toute tentative d'enseignement complémentaire qui serait indépendant et qui n'émanerait pas d'elle.

Mais la Ville de Paris, toute puissante, triomphera de l'opposition et du mauvais vouloir de la Faculté quand elle le voudra.

NOUVELLES MILITAIRES

FRANCE

La visite médicale des transportés. — Dorénavant, elle sera pratiquée au dépôt d'Angoulême et à celui de St-Martin-de-Ré par des médecins du corps de santé colonial. La première application de ce réglement est faite actuellement en vue du départ du convoi de juin des transportés pour la Guyane.

Nominations dans le corps de santé militaire (Réserve). — *Au grade de médecin-major de 2e classe.* M. Joire, médecin-major de deuxième classe de l'armée active, démissionnaire.

Au grade de médecin aide-major de 1re classe. — M. Merner, médecin aide-major de première classe de l'armée active, démissionnaire.

Au grade de médecin aide-major de 2e classe. — MM les docteurs Decamp, Ferré, Camus, Barral, de Fleury, Dichas, Liot, Gendron, Desmartin, Pauliet, Ferré, Lamarque, Beyer, Kocher, Soleville, Pigache, Chamayou, de Micas, Falcoz, Henne, Balp, Maurange, Terson, Martin, Cristofini, Allard, Morard, Lécaille et Petit.

ÉTRANGER

Hollande. — *L'antisepsie sur le champ de bataille.* Pendant la guerre contre le sultan d'Atzeb, on a procédé ainsi. Sur le champ de bataille, pour premier pansement, on soupoudrait les plaies d'une couche d'iodoforme, recouverte d'ouate antiseptique maintenue par une bande. Immobilisation des fractures par des attelles; hemostase, par la bande d'Esmarck, le tourniquet ou une ceinture; puis transport du blessé au poste de secours et le lendemain évacuation sur l'hôpital où l'on pratiquait les opérations nécessaires et les pansements complets.

Sur 450 blessés, on n'a compté aucun cas de septicémie, de pyohémie ou d'infection. Quelques cas rares d'érysipèle et de tétanos. Bref : l'antisepsie a rendu des services incontestables.

VARIÉTÉS

De la conservation des sirops médicinaux. — C'est Mlle Popelin qui fait connaître ce procédé dans les *Bulletins de la Société royale de pharmacie de Bruxelles.*

Les sirops sont enfermés, lorsqu'ils sont chauds, dans des fioles d'une capacité de 60 à 125 centimètres cubes au plus; ces fioles sont remplies, sans laisser d'espace pour l'introduction du bouchon; sur le goulot de chaque fiole, on place une rondelle de papier à filtrer très épais, ayant un diamètre légèrement plus grand que le bord extérieur du sommet du goulot. Ces rondelles s'imprègnent de liquide; le sirop se refroidissant, son volume se contracte légèrement, et les rondelle[illegible] papier sont attirées à l'intérieur du goulot. La partie aque[illegible] du sirop qui mouille les rondelles s'évapore rapidement, et [illegible] fiole se trouve fermée par une croûte de sucre cristallisé, qu[illegible] est imperméable à l'air extérieur et au sirop contenu dans le flacon; les germes atmosphériques ne pouvant pénétrer dan[illegible] les fioles, toute fermentation est impossible.

Pour employer le sirop, il suffit d'enlever avec un couteau la rondelle obturatrice.

Le vin de figues. — Fabriqué en Algérie et dans les contrées méridionales, ce vin sert aux falsifications. Ce sont ces dernières que M. Carles se propose de révéler par le procédé suivant :

On en évapore 100 centimètres cubes en consistance de sirop, qu'on abandonne en lieu frais et sec; au lieu de rester liquide, ce sirop se prend en masse dans les vingt-quatre heures, et, de plus, il se divise en îlots cristallins indépendants. On lave ces cristaux à l'alcool froid à 85 degrés, qui enlève la glycérine, le sucre et les acides organiques; on traite le résidu, mélangé de noir, par l'alcool à 85 degrés bouillant; on évapore la solution, et on obtient une substance cristalline, qui est de la *mannite* pure.

On trouve, il est vrai, la mannite dans certains vins, mais exceptionnellement et à la dose de quelques décigrammes par litre. Le vin de figues en contient de 6 à 8 grammes par litre. En procédant à des expériences synthétiques, M. Carles est parvenu à s'assurer qu'il était possible, par le dosage de la mannite, de déceler un coupage de vin normal algérien avec moitié et même un quart de vin de figues.

Un procédé de recherche de la bile contenue dans l'urine.— Ce procédé est recommandé par Kathrein et reproduit dans le *Répertoire de pharmacie.* En voici la technique :

L'auteur a comparé les diverses méthodes de recherche de la bile dans l'urine, et il recommande celle qui est basée sur l'emploi de la teinture d'iode, comme la plus commode et la plus sûre. 5 centimètres cubes d'urine tiédie sont additionnés, goutte par goutte, de 5 à 10 gouttes de teinture d'iode et agités à chaque addition. Dans le cas de la présence de pigments biliaires, la teinture d'iode détermine une coloration vert olive de l'urine, belle et nettement accusée. Dans l'urine normale, la teinture d'iode, ajoutée goutte par goutte, est d'abord décolorée, puis détermine une coloration rouge et enfin une coloration rouge brun sale.

Asepsie des fils de suture. — Ce procédé d'asepsie rapide a été proposé récemment à la Société des médecins de l'Aisne par un distingué confrère M. Billoux.

Il y a six mois environ, dit notre confrère, [illegible] femme en tombant sur le rebord d'un tonneau, se faisa[illegible] entaille, partant du milieu du front et se prolon[illegible] du rebord orbitaire jusqu'à l'oreille; au fond de [illegible] voyait à nu les os du crâne. Elle se présenta ch[illegible] avant dans la soirée, pour se faire panser. Ayan[illegible] provision de soie phéniquée, j'eus l'idée de plonge[illegible] dix minutes environ, une simple soie à coudre dans u[illegible] chloroforme, et je fis, avec ce fil antiseptique i[illegible] environ huit sutures. Je plaçai au-dessus une simple [illegible] trempée dans l'eau boriquée, et la malade s'en retourna [illegible] elle. La réunion fut parfaite et voyant qu'aucun fil n'occasionnait de suppuration, je les laissai en place une dizaine de jours, aucun d'entre eux ne suppura.

Depuis cette époque, M. Cassine et moi avons fait de nombreuses sutures à l'aide du fil ainsi préparé et jamais nous n'avons observé de suppuration.

Digitized by Google

Il resterait à faire des expériences de culture avec le fil chloroformé. *A priori*, étant donné le résultat clinique, je crois pouvoir affirmer que les mieux ensemencés, avec un tel fil resteraient stériles.

NÉCROLOGIE

MARCELLE HUCHARD

C'est avec l'émotion la plus profonde et les larmes dans les yeux que j'ai le triste honneur d'annoncer, aux nombreux amis de ce journal, la perte cruelle et inopinée que notre cher Directeur, M. Henri Huchard, vient d'éprouver dans la personne de sa petite fille bien aimée, Marcelle Huchard.

Il y a quelques jours, dans la famille de notre ami, tout respirait le bonheur : au foyer, deux enfants ; l'un adolescent, terminant heureusement ses études : l'autre, âgée de sept ans, l'orgueil et la joie de ce père et de cette mère ; dans le monde, une belle situation scientifique, légitime récompense d'un travailleur obstiné... Tout se réunissait pour rendre l'avenir plus brillant et plus heureux encore !

Eh bien, non ! Ironie amère ! En quelques heures, ce bonheur s'est écroulé. La maladie, une maladie entre toutes cruelle, accomplissait impitoyablement son œuvre. De son aile noire, la Mort a touché cette chère petite fille, si pleine de grâce, si exubérante d'intelligence, cette enfant charmante, pour laquelle, tous, parents, et nous aussi amis, nous nous plaisions à espérer des jours filés d'or et de soie.

Quelle erreur ! Charme, grâce, jeunesse, bonheur du présent, promesses de l'avenir, tout cela n'est plus. Vendredi dernier, devant ce père si éprouvé et si courageux devant quelques amis fidèles, nous avons vu tout cela tristement disparaître. Tout cela est enseveli dans le fond du modeste cimetière du petit village d'Escamps !.

Rien, assurément, ne peut distraire d'une pareille douleur. Le tenter serait impie.

Je suis l'interprète du Conseil d'administration, du Comité de Rédaction et de tous les collaborateurs du *Journal des Praticiens*, en exprimant, au père et à la mère de cette enfant si charmante et si regrettée, nos hommages d'affectueuse sympathie.

Puissent ces hommages adoucir l'amertume d'une si immense douleur ! CH. ELOY.

En France : MM. les Drs Fréry (de Belfort) ; Ambroise (de Chemille) ; Armieux (de Luz) ; Cougit (de Toulon) ; Aubergier (de Chambon) ; Astier (de Poulhognet) ; Love (F.) (de Paris et Mericamp (de Biarritz).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQU

CLINIQUE CHIRURGICALE

BARETTE. — Hygroma goutteux calcifié de la bourse séreuse ..é rotulienne superficielle (*L'Année médicale de Caen*, 15 avril 91).

COLLES. — Traitement de l'otite purulente chronique par excision des osselets cariés (*The American Journal of the Med. ci nces*, mai 1891, p. 477).

DEFOREST-VILLARD. — Traitement chirurgical et mécanique les difformités consécutives à la paralysie spinale infantile (*The American Journal of the Med. Sciences*, 1er novembre 1891, p. 470).

HERNANDEZ BRIZ (B.). — Traitement de la grenouillette chez les enfants (*Revista clinica de los Hospitales*, mai 1891).

HOOS. — Des micro organismes dans les affections de l'oreille moyenne et leurs complications (*Deut. med. Work*, 1891, nos 11 et 12).

JAYLOR (W.). — Traitement des varicosités veineuses (*Edenburge med. Journal*, juin 1891, p. 1127).

FORGNE (E.). — Traitement des tumeurs des mâchoires (*Gaz. hebd. des Sciences méd. de Montpellier*, 6 mai 1891).

KOCH (P.). — Sur les corps étrangers du larynx (*Annales des mal. de l'oreille et du larynx*, mai 1891, p. 307).

LAURENT. — Traitement des tuberculoses articulaires et osseuses (*Annales de la Société de méd. de Gand*, mars 1891, p. 64).

MAYO-ROBSON. — Un cas de gastro-enterostomie pour cancer du pylore (*The Lancet*, 23 mai 1891).

SIEUR. — Le traitement chirurgical des calculs biliaires (*Le Poitou méd.*, 1er mai 1891).

WURDEMANN. — Des complications de l'otite moyenne (*Med. News*, 14 mars 1891).

CLINIQUE MÉDICALE

BALFOUR (G.-W.). — Du traitement du cœur sénile (*Edimburgh med. Journal*, juin 1891).

BARD. — Contribution à l'étude de l'épidémiologie de la rougeole (*Revue d'Hygiène*, 20 mai 1891).

BRUNELLE. — Observation d'hémoglobinurie paroxystique (*Bull. méd. du Nord*, 8 mai 1891).

CHAUMIER. — Trois cas de syphilis infantile (syphilis congénitale, syphilis acquise) (*Le Poitou médical*, 1er mai 1891).

DE DOMINICIS. — Recherches expérimentales sur l'étiologie et le traitement de l'albuminurie et principalement la pathogénie des néphrites et de l'œdème (*Rivista clinica et terap.*, mai 1891).

GALEZOWSKI. — De l'herpès cornéen dans l'influenza et de son traitement par la pyoctanine (*Recueil d'Ophthalmologie*, avril 1891, p. 215).

GAREL. — Erysipèle primitif de la langue (*Annales des maladies de l'oreille*, mai 1891, p. 306).

KENT SPENDER (J.). — Des rapports de l'arthritis, du rhumatisme, de l'ataxie locomotrice et du goitre exophthalmique (*The Brit. med. Journal*, 30 mai 1891, p. 1169).

KRAFFT (Ch.). — Paralysies hystériques provoquées par la crainte des examens (*Revue méd. de la Suisse romande*, 20 mai 1891).

LIÉGEOIS — Pouls capillaire jugo-frontal, sous-unguéal et palatin (*Bulletin méd. des Vosges*, avril 1891).

MAYET. — Des injections intra-veineuses employées dans un but thérapeutique et de leurs indications (*Lyon médical*, 10 mai 1891).

MORTIMER. — Du traitement de l'intususception par l'injection et l'insufflation (*The Lancet*, 23 mai 1891).

PERNET. — Emphysème sous-cutané, complication mortelle de la coqueluche (*Bull. méd. des Vosges*, avril 1891).

SAMTER. — Du phlegmon aigu infectieux du pharynx (*Bull. Klin. Woch*, 4 mai 1891).

SANTA MARIA Y BUSTAMENTE (M.). — Etudes cliniques et thérapeutiques sur les cardiopathies (*Revista clinica de los Hospitales*, mai 1891).

SEYMOUR SLARKEY. — Un cas d'hémorragie primitive de la moelle (*The Lancet*, 23 mai 1891).

STOCKTON (C.). — Néphrite parenchymateuse aiguë et congestion pulmonaire (*The med. and surg. reporter*, 9 mai 1891).

WASSERMANN et PROSHAUER. — Des toxalbumines du bacille de la diphtérie (*Deut. med. Woch*, n° 17, 1891).

Le Directeur-gérant : HENRI HUCHARD.

PARIS. — IMP. CHARL... SCHLAEBEL, 57, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE N° 25 17 JUIN 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, BÉCLÈRE, BROCQ, DEMELIN, DU CASTEL, GINGEOT, Charles MAURIAC, PICQUÉ, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

AVIS. — En raison des nombreux abonnements expirant *le 30 juin prochain*, l'Administration de la *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique* prie instamment nos souscripteurs de lui faire parvenir au plus tôt le montant de leur renouvellement, et d'y joindre l'une des bandes du journal.

Prime à nos abonnés. — Pour ceux de nos abonnés actuels ou nouveaux, désireux de se procurer les **Mementos thérapeutiques des praticiens** (1er volume), le prix de ce volume est en leur faveur :

De **2** fr. **50** livré dans nos bureaux;

Et de **3** fr. **25** *à domicile* (franco de port et d'expédition).

CLINIQUE MÉDICALE

De la colique appendiculaire

Par M. le Dr A. BÉCLÈRE

Ancien interne des hôpitaux

L'expression de *colique appendiculaire* a été introduite tout récemment dans le langage médical par M. Talamon, qui a proposé de désigner sous ce nom la première phase des accidents pouvant aboutir à l'inflammation et à la perforation de l'appendice iléo-cœcal. C'est que, pendant ces trois dernières années, la pathologie des inflammations du cœcum et de son appendice a été complètement revisée et transformée, comme l'a très bien exposé ici même M. Barié (1). Sur la table d'autopsie comme sur le lit d'opérations, au cours des interventions chirurgicales dans les cas diagnostiqués typhlites et périty phlites, toutes les recherches anatomo-pathologiques ont montré la rareté des altérations du cœcum, la fréquence au contraire, des lésions de l'appendice. Si la typhlite n'a pas disparu du cadre nosologique, elle est au moins très rare en dehors des ulcérations cancéreuses, tuberculeuses, dysentériques ou typhiques de l'intestin qui même ne la provoquent que par exception. Mais c'en est fait, semble-t-il, de l'ancienne conception de la *typhlite stercorale* telle que l'a formulée Albers (de Bonn) et que la reproduisent tous les traités de pathologie avec ses stades successifs : au début l'engorgement fécal du cœcum dû à la stagnation des matières, puis l'irritation inflammatoire et ulcérative des parois cœcales, la typhlite, pouvant se terminer par résolution ou par perforation et aboutissant soit au phlegmon iliaque quand la paroi postérieure est perforée, soit à la péritonite quand la paroi antérieure est le siège de la perforation. Sans nier l'engorgement stercoral du cœcum qui peut précéder et favoriser les altérations de l'appendice ou en être au contraire la conséquence, à cette interprétation classique des accidents douloureux et inflammatoires dont souvent est le siège la fosse iliaque droite, le diagnostic qu'il convient de substituer, au moins dans la plupart des cas, est celui d'*appendicite*. Les formes anatomiques et cliniques de l'appendicite sont, d'ailleurs, très variées. Pour ne citer que les principales, tantôt l'inflammation des parois de l'appendice qu'on sait aujourd'hui être presque toujours complètement enveloppé par le péritoine, aboutit, en un, deux ou trois jours, à leur perforation, c'est l'appendicite aiguë perforante avec péritonite généralisée ; ou bien la perforation est plus tardive, des adhérences ont eu le temps de s'établir, la péritonite est localisée, enkystée, c'est l'appendicite subaiguë avec abcès iliaque intra-péritonéal. Tantôt la perforation n'a pas lieu, c'est l'appendicite simple, il existe seulement un peu de péritonite adhésive de voisinage ou même la séreuse est tout à fait indemne. De cette appendicite simple, suppurative, ulcéreuse ou gangréneuse quelle est la cause, quel est le mécanisme ? Le point de départ en est le plus souvent la présence dans le canal appendiculaire d'un corps étranger qui, dans la grande majorité des cas, d'après toutes les recherches, est une petite concrétion stercorale, arrondie et mousse. La nature et la forme de ce corps étranger suffiraient à démontrer que, le plus habituellement, ce n'est pas par un traumatisme direct qu'il ulcère et perfore les parois de l'appendice. L'état même de cet organe d'ordinaire tuméfié, enflammé dans sa totalité, d'autre part le siège de la perforation, très souvent plus ou moins distante du corps étranger, au-dessous de celui-ci, sont des raisons qui s'ajoutent à la première en faveur d'une autre explication, celle que M. Talamon a proposée en 1882 (1) : une boulette stercorale s'enclave dans le canal appendiculaire, à sa partie supérieure, l'oblitère, le distend, mais surtout comprime ses parois, en trouble gravement la circulation, en compromet la vitalité ; alors interviennent les micro-organismes, hôtes d'ordinaire inoffensifs du tube intestinal ; microbes pyogènes et mi-

(1) Voir : BARIÉ, De l'appendicite, *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 24 septembre 1890. — Voir aussi : CHAPUT, *eodem loco*, 1er et 8 octobre 1890; TRASTOUR, *eodem loco*, 12 novembre 1890.

(1) TALAMON. *Bull. Soc. anat.*, mars 1882, et *Progrès médical*, décembre 1882.

Digitized by Google

crobes de la putréfaction pullulent à l'envi dans l'appendice oblitéré dont ils envahissent et détruisent les parois; en résumé, stase sanguine dans les tuniques de l'organe par compression des vaisseaux nourriciers, action nocive des microbes inclus sur des éléments à vitalité affaiblie, tels sont les deux facteurs dont la combinaison produit les altérations inflammatoires, ulcéreuses, gangréneuses de l'appendicite, après occlusion de l'étroit canal par un corps étranger. Ce mécanisme en somme n'est pas autre que celui qui préside aux altérations dont est le siège, en cas d'étranglement, une anse intestinale herniée, et les analogies sont grandes entre les deux processus : la nature différente et le siège périphérique ou central des agents qui, dans les deux cas, anneau fibreux ou concrétion fécale, compriment les vaisseaux et gênent la circulation sanguine des parois de l'intestin, en font la principale différence. Quoi qu'il en soit de ces accidents inflammatoires qui suivent la pénétration dans l'appendice d'un corps étranger, ils ne surviennent pas aussitôt après. Une première phase les précède, exclusivement due à l'engagement du calcul stercoral dans un conduit étroit et sensible, et que révèlent une douleur soudaine dans la fosse iliaque droite, des coliques intestinales, des vomissements, en un mot des symptômes de tous points analogues à ceux qu'entraîne l'engagement d'un calcul biliaire dans le canal cholédoque, d'un calcul urinaire dans l'uretère. C'est la phase que M. Talamon a décrite sous le nom de *colique appendiculaire;* puis il s'est demandé si les accidents produits par l'engagement du calcul stercoral pouvaient se borner à une simple crise douloureuse, ou si l'inflammation des parois de l'appendice en était la conséquence nécessaire, et reconnaît en ces termes que c'est un point sur lequel il est difficile de rien affirmer :

« On comprend théoriquement qu'une scybale puisse » pénétrer dans le conduit appendiculaire, provoquer » une crise douloureuse avec coliques, vomissements, » et être rejetée dans le cœcum sans avoir eu le temps » de provoquer l'inflammation des parois de l'appen- » dice. *Il se peut que certaines coliques, certaines dou-* » *leurs abdominales qu'on rapporte volontiers à un* » *refroidissement ou à une mauvaise digestion soient* » *dues à ce mécanisme.* Mais on comprend aussi qu'il » restera toujours un doute sur un pareil diagnostic, » toute vérification étant impossible. »

A la solution de cette question, et pour suppléer par la clinique à une vérification anatomique irréalisable, il nous a semblé que l'observation qui suit pouvait servir, car elle nous paraît constituer un type de colique appendiculaire, pure de toute complication inflammatoire, à son état de plus grande simplicité. De ce syndrome observé d'ancienne date mais tout récemment désigné par une appellation qui en indique à la fois le point de départ et le mécanisme autrefois méconnus, de ce syndrome dont les suites peuvent être si graves, qu'il importe tant par conséquent au praticien de reconnaître et de rapporter à sa cause véritable, elle montre au mieux, croyons-nous, la réalité, les signes diagnostiques et le traitement tout ensemble.

Colique appendiculaire à répétition — Cinq accès en 18 mois. — Nous sommes appelés le 1er novembre 1890, à 6 heures du soir, auprès de Georges X, adolescent de 16 ans, d'excellente santé habituelle, qui nous donne les renseignements qui suivent: le matin même, il a déjeuné à 11 heures copieusement et de fort bon appétit ; au sortir de table, sans cause appréciable, il a été pris assez brusquement de douleurs abdominales mal délimitées, irradiées tout au pourtour de l'ombilic, avec prédominance cependant dans la fosse iliaque droite, douleurs intermittentes, paroxystiques, s'exaspérant toutes les deux ou trois minutes, tantôt faibles, tantôt fortes, en un mot, ayant tous les caractères de coliques intestinales; ces douleurs ont augmenté progressivement d'intensité jusque vers 4 h. 1/2 environ. La pâleur du visage et l'altération des traits ont, dès le début des accidents, frappé les parents de Georges X. Il s'est mis au lit et, à 4 heures, a vomi tous les aliments pris au déjeuner. C'est alors, qu'après un premier lavement simple, qu'il a rendu avec des scybales, on lui en a donné un second, additionné, nous dit-on, d'une vingtaine de gouttes de laudanum mais qui, vraisemblablement, n'en contenait pas tant. Toujours est-il que ce lavement laudanisé a déterminé, avec la cessation des douleurs, une période de sommeil qui a duré de 4 h. 1/2 jusqu'à notre arrivée

Quand nous l'examinons, nous le trouvons sans fièvre, avec 60 pulsations, une température rectale de 37° 4, le visage reposé et n'accusant plus aucune douleur spontanée. Le ventre, nullement ballonné, est partout souple et sonore, et la palpation pratiquée avec la main posée à plat ne décèle aucun empâtement, mais il est un point très circonscrit où la pression seule de l'extrémité du doigt détermine des douleurs assez vives, ce point siège exactement à deux travers de doigt, en dedans, un travers de doigt au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure droite. Signe plus important: en ce point précis où la pression est douloureuse, on sent manifestement à travers la paroi abdominale, mince et souple, une petite tumeur cylindrique et transversalement allongée, grosse comme le petit doigt et longue d'environ 4 centimètres, qu'on peut faire rouler sous l'extrémité des doigts qui la palpent; on constate ainsi de la façon la plus nette que cette petite tumeur dont la situation, la forme et les dimensions rappellent autant qu'il est possible l'appendice iléo-cœcal, est le siège exclusif des douleurs provoquées par la pression.

D'après la marche des accidents, mais surtout les signes fournis par l'exploration de la fosse iliaque droite, nous nous croyons autorisés à porter le diagnostic rétrospectif de colique appendiculaire simple ayant duré quelques heures seulement et cédé sous l'influence du laudanum. Comme l'orage est terminé, qu'il n'y a pas de fièvre, plus aucune douleur spontanée, nous nous bornons à conseiller la diète et le repos jusqu'au lendemain et, pour éviter autant que possible le retour d'accidents semblables, à recommander au jeune malade de mâcher et de diviser très soigneusement ses aliments, d'éviter la constipation et de s'abstenir, surtout pendant la période digestive, d'efforts brusques et d'exercices violents.

Nous sommes confirmés dans notre diagnostic en apprenant que la crise douloureuse, au déclin de laquelle nous avons assisté, n'est pas la première dont ait souffert Georges X ..., mais bien la quatrième en date depuis trois mois seulement. Voici les renseignements qui nous sont donnés sur les crises antérieures par des parents très intelligents.

Premier accès à la fin de juillet 1890, à Paris. — Une heure après un bain froid pris vers 5 heures du soir, surviennent des douleurs ayant pour siège la fosse iliaque droite et tous les caractères de coliques intestinales ; ces douleurs s'accompagnent de vomissements, elles durent une heure et demie envi-

Digitized by Google

ron et cèdent d'elles-mêmes ou sous l'influence de moyens très simples.

Deuxième accès vers les 10 *ou* 11 *du mois d'août* 1890, *à Semur* (*Côte-d'Or*), pendant les vacances. — Après un bain froid d'une heure de durée, pris à 3 heures de l'après-midi, le déjeuner avait eu lieu à 10 heures, surviennent dans la fosse iliaque droite des douleurs d'abord faibles et sourdes, qui augmentent pendant le sommeil qu'elles troublent et interrompent et deviennent plus intenses encore le lendemain, si intenses, que le docteur Simon père (de Semur), appelé dans la soirée, fait, pour les calmer, successivement deux injections sous-cutanées de morphine.

Troisième accès au milieu du mois de septembre 1890, *à Semur.* — Les douleurs, toujours localisées à la fosse iliaque droite, surviennent à 9 heures du soir et durent avec une telle intensité jusqu'à 2 heures du matin que Georges X..., garçon courageux, ne peut se retenir de crier ; elles cèdent à l'emploi d'un lavement laudanisé, et quand arrive le docteur Simon, qu'on a été chercher au milieu de la nuit, les douleurs ont pris fin.

Cette troisième attaque, d'ailleurs, d'après le dire des parents, n'est pas survenue comme les précédentes en pleine santé, mais au décours d'une affection aiguë qui, après avoir débuté par des symptômes d'embarras gastrique fébrile avec courbature, céphalée, vertiges, épistaxis, état typhoïde léger, s'est accompagnée d'ictère et a rapidement abouti à la défervescence. Le docteur Simon père (de Semur), avec une obligeance dont nous lui demeurons reconnaissants, a bien voulu nous écrire qu'il avait porté le diagnostic de fièvre typhoïde, tout en faisant des réserves fondées sur les caractères insolites de la maladie, sa marche rapide, l'existence de l'ictère et l'absence de diarrhée. Nous autorisant de ces réserves mêmes, peut-être n'est-il pas trop téméraire à nous de supposer qu'il s'est agi d'une de ces formes d'ictère aigu infectieux avec fièvre dont le début simule à s'y méprendre la dothienenterie. Quoi qu'il en soit, nous ne saurions trop remercier cet honoré confrère des renseignements précieux qu'il a bien voulu nous donner sur les caractères des deux crises douloureuses observées par lui, et nous ne pouvons mieux faire que de reproduire les termes mêmes de sa lettre : « Ces deux crises n'ont pas du tout été » interprétées par moi comme des cas de typhlite. Chaque fois » que j'ai rencontré cette maladie, j'ai constaté d'abord des » symptômes d'inflammation générale de l'abdomen comme » dans la péritonite, et à mesure que ces symptômes s'amen- » daient, le mal se circonscrivait dans la fosse iliaque droite » où je constatais une tuméfaction. Ici, au contraire, la douleur » et les vomissements, survenus brusquement, ne s'accompa- » gnaient ni du ballonnement, ni de cette sensibilité exquise » du ventre à la pression, ni de cet appareil fébrile intense » que j'ai toujours vus au début de la typhlite. Je n'ai trouvé » aucune tuméfaction de la fosse iliaque, mais seulement de la » sensibilité à la pression au niveau du cœcum, qui a persisté » longtemps. J'ai donc considéré ces deux crises comme ayant » leur point de départ dans l'estomac ou le foie, et même » lorsque, dans le cours de la fièvre, est survenu un ictère bien » caractérisé, j'ai pensé que j'avais affaire à une forme de » colique hépatique. »

Quatrième accès, le 1er *novembre* 1890, *à Paris.* — C'est celui qui est relaté en détail au début de cette observation. Douze jours après la crise, nous revoyons Georges X... qui depuis n'a pas souffert, et nous retrouvons dans la fosse iliaque droite, à deux travers de doigt en dedans, un travers de doigt au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure, la même petite tumeur cylindrique, transversalement allongée ; elle a seulement diminué de volume et n'est plus que très légèrement sensible à la pression. Cet accès de colique appendiculaire ne devait pas être le dernier.

Cinquième accès, le 6 *mars* 1891. — Le soir, à la fin du dîner, sans cause appréciable, Georges X... est repris de douleurs paroxystiques dans la fosse iliaque droite ; ces douleurs durent toute la nuit, s'accompagnent de vomissements répétés à six ou huit reprises différentes et empêchent tout sommeil.

Quand nous le voyons le lendemain, à 8 heures et demie du matin, nous lui trouvons le visage pâle, les traits tirés, le pouls plus fréquent que de coutume : 100 pulsations, mais pas de fièvre, 37° 6 dans le rectum. Le ventre est plat, partout sonore à la percussion, nulle part il n'y a d'empâtement au palper. Comme la première fois, il existe un point très circonscrit, un peu au-dessous et en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, où une pression même légère détermine une très vive souffrance, et à ce niveau nous retrouvons, mais moins facilement que la première fois, la petite tumeur, transversalement allongée, sur laquelle nous avons déjà insisté ; il nous semble que de superficielle elle est devenue profonde, qu'au lieu de siéger immédiatement sous la paroi abdominale, elle en est séparée par l'intestin et repose sur la fosse iliaque interne.

Cette exploration exaspère les douleurs et nous voyons Georges X... se rouler sur son lit. Nous prescrivons un lavement avec dix gouttes de laudanum et l'application sur le siège du mal d'un sac rempli de glace. Cette fois, comme les précédentes, le sommeil survient et les coliques cèdent pour ne pas reparaître, mais l'étroite région, dont le palper était si pénible, reste longtemps encore sensible à la pression. Huit jours après la crise, nous ne retrouvons plus, même en palpant profondément, la petite tumeur que formait l'appendice distendu et rigide, mais nous provoquons en ce point une très légère douleur, seul reliquat des cinq accès de colique appendiculaire que nous venons de rapporter.

Pour résumer cette longue observation, on voit un garçon de 16 ans, d'excellente santé habituelle, pris à cinq reprises différentes en 18 mois, trois fois immédiatement après le repas, deux fois à la suite d'un bain froid, de douleurs abdominales paroxystiques, sans fièvre, qui s'accompagnent de vomissements, présentent les caractères de coliques intestinales et prédominent à droite et au dessous de l'ombilic; après quelques heures de durée, ces crises douloureuses cèdent à l'emploi de l'opium. Nous assistons aux deux dernières, trouvons le ventre plat, partout souple et lisse, sans trace d'empâtement et constatons manifestement l'existence de ces deux symptômes : 1° la pression provoque une vive douleur seulement en un point de la fosse iliaque droite, exactement à deux travers de doigts en dedans, un travers de doigt au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure ; 2° la palpation révèle en cette région très circonscrite, la présence d'une petite tumeur cylindrique transversalement allongée, grosse comme le petit doigt, longue d'environ 4 centimètres, qui est le siège exclusif des douleurs provoquées par la pression.

Cette petite tumeur nous paraît manifestement l'appendice iléo-cœcal distendu et rigide et, nous rappelant la description donnée par M. Talamon de la colique appendiculaire, nous croyons être en présence d'un cas de cette affection remarquable par sa netteté, sa simplicité, son absence de toute complication inflammatoire, digne pour ces motifs d'être publié. De ce diagnostic découlent les indications thérapeutiques : d'abord calmer la douleur, supprimer le spasme qui la provoque et peut-être fixe le calcul ; ce sont des indications communes aussi bien à la colique hépatique, à la colique

Digitized by Google

néphrétique qu'à la colique appendiculaire et que satisfont nombre d'agents médicamenteux, aucun mieux que l'opium et ses dérivés avec leurs divers modes d'administration. Mais il en est une autre, spéciale à la colique appendiculaire : prévenir, s'il est possible, l'inflammation toujours à redouter des parois de l'appendice et du péritoine voisin, ou, tout au moins, la limiter, la circonscrire pour éloigner les terribles conséquences d'une péritonite généralisée. A cette indication répondent : d'une part l'emploi de la glace sur la région douloureuse, d'autre part l'immobilisation de l'intestin à l'aide des opiacés; on peut y joindre avec avantage les agents de l'antiseptie intestinale. Repos, opium et glace, telle est en trois mots la formule qui satisfait aux principales indications, celle que nous avons appliquée à notre malade et qui jusqu'à présent lui a réussi. En sera-t-il toujours ainsi ? La survenue d'accidents inflammatoires ou simplement la trop fréquente répétition des crises douloureuses ne rendra-t-elle pas nécessaires quelque jour l'intervention du chirurgien et la resection de l'appendice ? C'est ce que l'avenir nous apprendra.

Quant à la pathogénie des accès douloureux, nous n'acceptons pas sans réserves l'explication mise en avant par M. Talamon. Il ne nous semble pas nécessaire d'admettre que la colique appendiculaire commence toujours avec l'engagement dans l'appendice d'un calcul stercoral émigré du cœcum et cesse avec le retour de ce calcul dans le gros intestin. Il nous paraît tout aussi légitime de supposer que la boulette stercorale introduite ou développée dans l'appendice, séjourne dans la partie la plus large de cette cavité, comme font les calculs biliaires dans la vésicule, sans manifester habituellement sa présence, et qu'elle détermine seulement par intervalles des contractions douloureuses du canal musculaire où elle est enfermée lorsqu'elle se déplace et s'engage dans le collet rétréci de ce diverticule. Dans le fait que nous venons de rapporter, le début de chaque accès par des douleurs d'abord faibles et sourdes qui augmentaient progressivement d'intensité, la répétition fréquente, sans cause appréciable, sans constipation, des accès douloureux, la persistance dans l'intervalle de deux accès successifs d'une petite tumeur sensible à la pression dans la région de l'appendice sont autant de raisons qui plaident en faveur de notre hypothèse. D'ailleurs, il est prouvé qu'un calcul stercoral peut séjourner pendant au moins un an dans la cavité de l'appendice sans ulcérer ses parois, mais en provoquant des douleurs capables d'empêcher toute occupation; M. Schwartz en a donné, il y a deux mois, la démonstration anatomique devant la Société de chirurgie comme il vient de le relater ici même tout récemment (1).

La conclusion pratique par laquelle nous voudrions terminer c'est la nécessité qui s'impose aujourd'hui au praticien, en présence d'un patient atteint de douleurs abdominales, de faire parmi les affections diverses : crampes d'estomac, coliques intestinales, utérines, hépatiques, néphrétiques, saturnines, entre lesquelles hésite son diagnostic, une place à la colique appendiculaire et d'en rechercher dans la fosse iliaque droite, au voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure, les deux signes révélateurs : à la pression la douleur circonscrite, au palper la petite tumeur en forme de cylindre allongé due à l'occlusion et à la distension de l'appendice.

(1) SCHWARTZ, Sur un cas d'appendicite chronique. (*Revue générale de clinique et thérapeutique*, 13 mai 1891).

LE DIAGNOSTIC DES MALADIES

Quelques difficultés du diagnostic de la fièvre typhoïde

I. *Le diagnostic précoce des perforations intestinales dans la fièvre typhoïde.* — II. *La fièvre typhoïde à rechutes.* — III. *La ponction de la rate et le diagnostic bacillaire de la fièvre typhoïde.*

I. **Le diagnostic précoce des perforations intestinales dans la fièvre typhoïde.** — On se rappelle le tableau symptomatique de cette complication de la fièvre typhoïde : au cours de la maladie, un grand frisson, une douleur vive dans l'abdomen et habituellement dans la fosse iliaque, des vomissements, l'irrégularité de la courbe thermométrique, du sang dans les garde-robes; puis, phénomènes ultimes, chute brusque de la température, refroidissement des extrémités, facies grippé, et mort. A l'autopsie, un épanchement stercoral, l'ulcération d'une ou de plusieurs plaques de Payen..... En abrégé, voilà le tableau anatomo-pathologique, clinique, et surtout banal, de cette complication, dont la fréquence et la gravité imposent au clinicien l'obligation de réserver son pronostic, même dans les cas de fièvres typhoïdes en apparence légères et bénignes.

Est-il possible, par un *diagnostic précoce*, de prévoir cette complication ? Inutile d'insister sur l'importance pratique de cette question que les auteurs classiques ne discutent guère, mais que les praticiens — M. Potain le démontrait dans une de ses récentes leçons cliniques — ont un si grand intérêt à résoudre.

L'*époque habituelle* de cet accident varie entre le troisième et le cinquième septenaire de la maladie. Il y a cependant des perforations intestinales précoces, vers le huitième jour ; on en cite de tardives, au cours de la convalescence, et même, plus exceptionnellement, on en a vu se produire, dit-on, au dixième mois après la maladie.

Comme *causes prédisposantes*, les statistiques démontrent l'influence de l'*âge* et du *sexe*. On compte vingt fois la perforation intestinale dans une série de mille cas de fièvre typhoïde. C'est la moyenne pour les adultes des deux sexes.

Chez les enfants et la femme adulte, cette moyenne s'abaisse à 10 pour 1,000 ; chez l'homme adulte, elle s'élève à 30 pour 1,000. L'âge et le sexe sont donc des éléments d'appréciation dont on tiendra compte pour le diagnostic.

La *forme de la maladie et des symptômes* exerce-t-elle une influence sur la fréquence de cet accident et permet-elle de le prévoir ?

Digitized by Google

On a dit que la perforation intestinale s'observait plutôt au cours des fièvres typhoïdes de forme bénigne. Rien ne justifie cette assertion.

Parmi ses causes occasionnelles, on a noté les écarts de régime; ils étaient fréquents au temps où une diète systématique affamait les malades et les incitait à se procurer en cachette des aliments souvent indigestes.

On a noté aussi la pression exercée avec force sur la paroi abdominale. Il faut donc, M. Potain est de ceux qui le recommandent, explorer avec ménagement l'abdomen des typhiques et de plus éviter toute brusquerie, quand on cherche le gargouillement dans la fosse iliaque.

Les *grandes oscillations de la température* font prévoir l'accident, quand les symptômes de péritonite font défaut ou sont obscurs. On ne saurait trop insister sur leur valeur diagnostique.

Il en est ainsi d'une *diarrhée* profuse, avec garde-robes teintées ou non de sang, ou bien d'une constipation opiniâtre succédant à la diarrhée, ou bien encore, cela s'explique aisement, d'une enterorrhagie.

Ces signes, objectera-t-on peut-être, sont de présomption et non de certitude? C'est vrai : ils diffèrent des symptômes à grands fracas de la perforation intestinale. Mais, quand ceux-ci se manifestent, il est trop tard, rien n'est plus à prévoir, la perforation existe. C'est pourquoi il importe de tenir compte de ces circonstances pathologiques, même secondaires en apparence, pour se mettre en garde contre des surprises aussi redoutables et contre l'optimisme d'un pronostic trop favorable dans des cas d'un caractère qui semblerait bénin.

Au cours d'une affection assez feconde en surprises, il y en a une que, dans l'intérêt des malades et dans celui de sa propre réputation, le praticien avisé ne saurait trop éviter, c'est la surprise d'une erreur de pronostic.

II. **La fièvre typhoïde à rechutes.** — Tout à l'heure, à propos de la fréquence des perforations intestinales dans la fièvre typhoïde, on a vu le rôle des écarts de régime et de la diète systématique de nos anciens sur la production de cet accident. C'était le fait d'erreurs doctrinales.

Dans le diagnostic de cette même maladie, il existe, par contre, des causes d'erreur dont l'origine se trouve dans ces influences auxquelles on donnait mystérieusement, naguère, le nom de génie épidémique.

Il y a un quart de siècle, la fièvre typhoïde était d'ordinaire du type congestif. On pratiquait donc les émissions sanguines et, en décembre dernier, à propos de la fièvre typhoïde à rechutes, M. Rendu rappelait à ses élèves qu'en 1865, dans le service de Bouley, on saignait encore les malades en puissance de fièvre typhoïde.

Si, de nos jours, la forme congestive devient plus rare, la forme à rechutes se multiplie. Au temps de Chomel et de Louis, on n'en parlait guère; ces maîtres la passent sous silence dans leurs célèbres monographies de la fièvre typhoïde. En 1878, au moment où Guyard écrivait son excellente thèse, c'était encore maladie peu fréquente. Aujourd'hui il en est autrement : et voici que, dans une de ses récentes conférences de l'hôpital Necker, M. Rendu considère cette forme comme presque vulgaire.

Quantum mutatus ab illo tempore ! Ainsi s'exprimeraient les philosophes de la médecine, si cette science en possédait. Soyons modérés : constatons le fait, n'en cherchons pas trop la raison, et contentons-nous de remarquer que c'est question de terrain sans doute et que, d'une génération à une autre, celui-ci peut-être se modifie.

Les rechutes de la fièvre typhoïde se produisent d'ordinaire dans les formes légères ou moyennes plutôt que dans les formes graves.

Une apyrexie de cinq, dix et même trente jours (Jaccoud) sépare la période fébrile initiale de la période fébrile terminale. Plus d'élévation thermométrique, un pouls normal, disparition des phénomènes abdominaux; on croit la pyrexie éteinte. Seule la splénomégalie persiste; mais ce signe n'est pas de valeur diagnostique absolue, puisque assez souvent on l'observe après la guérison définitive de la fièvre typhoïde. Au demeurant, point de symptômes suffisants pour modifier ce pronostic.

Que conclure de ces faits cliniques? C'est que, dans les fièvres typhoïdes de forme moyenne ou légère, on doit réserver le pronostic et admettre la possibilité des rechutes au moment où la guérison paraît probable. Il faut encore prévenir les écarts de régime, et redouter la constipation, qui, à tort ou à raison, passent pour être les causes occasionnelles de rechutes. M. Chantemesse a montré que le bacille d'Eberth est tenace ; témoin un typhique de son service (1), dont les rechutes ont été si fréquentes que l'on a pu dire que sa fièvre typhoïde a duré cinq mois; témoin aussi l'observation de typhiques du service de M. Jaccoud et de M. Rendu, qui eurent l'un cinq, et l'autre trois rechutes, et dont la maladie persista trois et six mois.

On explique ces rechutes par la repullulation du bacille et une infection nouvelle sous l'influence des causes occasionnelles.

D'où l'indication pratique de continuer encore l'antisepsie intestinale pendant longtemps après la guérison apparente d'une fièvre typhoïde, et de maintenir un régime sévère. Le microbe d'Eberth semble, pour ainsi dire, abandonner à regret seulement l'organisme. Ce fait donne peut-être raison de la multiplicité des rechutes. En tout cas il doit inspirer une sage défiance dans l'énonciation du diagnostic dès le début, et du pronostic vers le déclin d'une fièvre typhoïde.

III. **La ponction de la rate et le diagnostic bacillaire de la fièvre typhoïde.** — Le début de cette fièvre, on le sait trop, n'est pas toujours d'un diagnostic aisé.

L'affection se présente-t-elle sous une forme normale ? On peut la confondre avec une typhlite aiguë, accompagnée de phénomènes généraux.

Cette forme est-elle bénigne, atténuée, apyrétique ou faiblement pyrétique, bref, une typhoïdette, comme on l'a nommée? Comment la distinguer d'un embarras gastrique fébrile ou seulement presque fébrile ?

Quand la fièvre typhoïde revêt une forme anormale, autres hésitations; on peut croire à la grippe ; n'a-t-on

(1) Société méd. des hôpitaux 11 juillet 1890 : voir *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 16 juillet 1890.

Digitized by Google

pas entendu, d'ailleurs, opinion contestable à coup sûr, des cliniciens de mérite discuter sur les rapports nosologiques de l'influenza et de la fièvre typhoïde?

On pensera peut-être à la phtisie aiguë, dont le diagnostic différentiel est au début toujours si délicat. Je sais bien, objection banale, que l'évolution de la maladie doit, après quelques jours, on le dit comme cela, assurer le diagnostic.

Cet argument, à l'usage des observateurs dont la patience peut attendre, ne convient pas dans toutes les circonstances. Il y a, en effet, des circonstances, ne le sait-on pas, où l'expectation dans le diagnostic est condamnable. Elles ne sont point rares pour le médecin qui exerce dans le milieu militaire ou bien dans une agglomération rurale et au début d'une épidémie, à cette époque où les cas sont obscurs. C'est l'heure où il faut préciser pour faire à bon escient acte de thérapeute à l'égard du malade et d'hygiéniste dans le but d'enrayer l'épidémie.

Un moyen de diagnostic : la ponction de la rate complétée par l'analyse bactériologique du sang, rend alors l'incontestable service de lever tous les doutes. Depuis Philippowich qui le premier l'employa, cette opération a été souvent pratiquée ; elle est simple, exempte de danger, et d'une manipulation facile; néanmoins, M. le médecin-major Catrin le rappelait dernièrement dans une conférence à l'hôpital militaire d'instruction de Lyon, on ne doit y avoir recours que dans les cas exceptionnels et, circonstance encore trop fréquente, ajouterais je, quand les autres moyens de diagnostic sont en défaut.

L'hémophilie serait la seule contre-indication à son emploi ; mais l'hémophilie est rare et, d'après notre confrère militaire, dans les séries, nombreuses aujourd'hui, de ponctions de la rate chez les typhiques, on n'a jamais enregistré d'hémorrhagies consécutives à l'opération. Ce témoignage autorisé suffit pour faire tomber tous les scrupules.

Au point de vue pratique, le seul intéressant ici, quelle en est donc la technique? Comme précautions, avant et pendant la ponction, l'asepsie du champ opératoire; comme instrumentation, la seringue de Strauss; enfin comme procédé, l'analyse bactériologique, l'ensemencement du sang extrait par la méthode de Vincent.

On aseptise le champ opératoire par un nettoyage préalable à l'eau savonneuse, suivi du lavage de cette même région avec un tampon d'ouate hydrophile imbibée de la solution de sublimé aux deux millièmes.

La seringue de Strauss est stérilisable. On la rend donc aseptique. C'est l'instrument de choix.

On pratique la ponction. Il reste à ensemencer le sang dans du bouillon phéniqué, et, par le procédé de Vincent, à obtenir sur la pomme de terre, dans l'espace d'une journée au moins, de deux jours au plus, le vernis caractéristique des cultures du bacille typhique.

Nul besoin pour cela d'être bactériologiste de vocation. Ainsi employée, la ponction de la rate rendra des services aux praticiens, car dans le doute, on doit faire comme l'on peut et non comme l'on veut. Conformément au proverbe, pour sortir d'embarras, les petits moyens ne sont pas toujours les plus mauvais.

CH. ELOY.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

CHIRURGIE

Des indications et des contre-indications de la chloroformisation, par M. KOCHER. — Cette question a été souvent traitée. Elle trouve une solution dans un récent travail de l'auteur (*Correspondenz-blatt, f. Schw. Aerzte*, avril 1891).

En premier lieu, M. Kocher conseille d'*essayer le cœur du malade* avant toute chloroformisation, par l'administration d'un alcoolique ou d'un stimulant.

Pendant l'anesthésie, le placer horizontalement.

N'administrer le chloroforme que quand l'individu est bien préparé, et lui préférer l'éther pour l'extraction des dents, l'ectorse, la réduction des luxations et les opérations de petite chirurgie.

On lui préférera encore l'éther s'il existe une cardiopathie organique ou fonctionnelle, indépendante de troubles respiratoires.

Par contre, on préférera le chloroforme chez les malades atteints d'affections de l'arbre aérien, avec hyperémie des bronches ou bronchite chronique.

Il est avantageux, dans les opérations de longue durée, d'administrer d'abord le chloroforme et de prolonger ensuite l'anesthésie par des inhalations de petites quantités d'éther. On peut encore, dans le cas d'une contre-indication à l'emploi de l'éther, faire précéder l'administration du chloroforme par une injection sous cutanée de morphine. L'anesthésie est alors possible, au moyen d'une moindre quantité de chloroforme. S. R.

Traitement des vomissements chloroformiques par le lavage stomacal, par M. LENEVITSCK. — On dispose d'un nombre restreint de moyens pour combattre cet accident de l'anesthésie chloroformique. Le suivant a donné à l'auteur de réels succès, écrit-il, dans six cas observés par lui. (*Méd. Oboz.*, 1891, n° 1).

Ces vomissements étaient survenus pendant le réveil chloroformique. Il a, pour les combattre, pratiqué le lavage stomacal, après lequel l'accident cessa et l'état général devint meilleur. C'est une médication à mettre en essai. S. R.

Traitement de la hernie étranglée par l'éthérisation locale, par M. FINKELSTEIN — Sur 93 cas traités par ce procédé, on compte, d'après les statistiques de l'auteur, 92 succès. C'est un encouragement à en tenter l'emploi. (*Berliner klin. Wochens*, 18 mars 1891).

Quelle en est la technique? Placer le malade sur le dos, les jambes en flexion sur les cuisses et les bourses relevées par un coussin. Reconnaître l'anneau et la tumeur herniaire et, toutes les dix minutes, verser sur sa surface deux grandes cuillerées d'éther sulfurique. Après un temps variable, une heure à six heures, la tumeur herniaire devient moins résistante ; c'est le moment, au cas où elle ne se réduit pas, de pratiquer une légère tentative de taxis, qui d'ordinaire est facile.

On recommande, pour prévenir l'irritation des parties voisines, d'enduire le pénis, les cuisses, le périnée, avec la vaseline ou l'huile d'olives. Le seul inconvénient de ce traitement est de provoquer, par l'action de l'éther, une sensation douloureuse. S. R.

MÉDECINE

Des ostéites et des arthrites post varioliques, par M. NÈVE. — L'auteur a eu l'occasion d'observer des épidémies de variole dans l'État de Kashmir, aux Indes, où la vaccination n'existe pas.

Digitized by Google

Dans vingt cas qu'il rapporte, il a constaté des lésions osseuses ou articulaires graves (*The American Journal of the Med. Sciences*, mai 1891).

La plus fréquente est l'arthrite du coude; puis vient celle du genou, de l'épaule, du poignet et de la hanche; puis la nécrose des os longs, surtout du cubitus, ou bien des ostéites épiphysaires.

Les arthrites sont primitives ou bien consécutives aux ostéites épiphysaires.

Ces affections post-varioliques, plus fréquentes chez les jeunes gens, sont généralement multiples, à marche suraiguës, rarement mortelles; elles aboutissent à l'expulsion de sequestres, à la suppuration ou à l'ankylose et sont justiciables du traitement par le drainage, l'excision, l'ablation des sequestres et, au besoin, de l'arthrectomie ou de la résection des jointures. S. R.

De quelques associations microbiennes dans la diphtérie, par M. Barbier. — Trois bacilles s'associent au bacille de Loeffler, le streptocoque *a*, le streptocoque *b* et le coccus γ, pour constituer des infections diphtériques mixtes. Le second est le plus important. (*Arch. de Méd. expérim. et d'anat. pathologique*. Mai 1891).

Son association avec le bacille de Lœffler se produit de trois manières différentes : invasion par ce bacille de la muqueuse déjà modifiée par le streptocoque (*forme infectieuse primitive*), ou bien invasion simultanée des deux microbes (*forme infectieuse d'emblée*), ou bien invasion du streptocoque consécutivement à celle de la muqueuse déjà diphtéritique (*forme infectieuse secondaire*).

De là des formes cliniques différentes, dont la détermination bactériologique appartient à M. Barbier et fait honneur à sa sagacité.

1° *L'angine diphtéritique toxique* : peu de mal de gorge; fausses membranes typiques, détachables en lambeaux, peu d'adénopathie, peu ou pas de fièvre, coryza couenneux, sans jetage; propagation du larynx; diphtérie bronchique, mort par asphyxie. S'il y a guérison : longue anémie et paralysie.

2° *L'angine diphtérique streptococcique* : face pale, cyanose, fétidité de l'haleine, fausses membranes dissociés ou absentes, dysphagie douloureuse, cou énorme, faciès proconsulaire, infiltration du cou, jetage, marche suraiguë (vingt-quatre à trente-six heures). Puis, si la marche est moins rapide, complications streptococciques, bronchite purulente, suppuration des plaies. Albuminurie abondante. Abattement, fièvre, convulsions. Rareté de la guérison et souvent mort par complications d'adénites ou de phlegmons.

Inutile d'insister sur la précision des recherches de M. Barbier. C'est un travail important dans l'histoire clinique contemporaine de la diphtérie. S. R.

THÉRAPEUTIQUE

Action physiologique et thérapeutique de l'aloïne, par M. H. Meyer. — Cette substance principe actif de l'aloès d'après Th. Smith, diffère selon qu'elle est extraite de l'aloès des Barbades, de Curaçao ou de Natal. M. Meyer l'a essayée sur des étudiants en médecine, des chiens et des chats, sous la forme pilulaire et sous celle d'injections sous-cutanées. (*Arch. f. Exper. Path und Pharmacologie*, 1891, t. XXVIII, p. 186).

L'aloïne provenant de l'aloès des Barbades ou de Curaçao, est purgative à la dose de deux à cinq centigrammes, qu'on l'administre par la voie buccale ou par la voie sous-cutanée. Elle agit lentement en 26 heures chez l'homme; M. Meyer admet donc que son effet purgatif est le résultat d'un de ses produits de décomposition et non pas de son action propre.

L'aloïne, extraite de l'aloès de Natal, n'a point produit d'effets purgatifs ni chez l'homme, ni chez les animaux. Par contre, administrée au chien en association avec les alcalins, elle a provoqué, à faibles doses, des effets purgatifs.

Au demeurant, ces travaux ne donnent point d'éléments définitifs pour apprécier la valeur thérapeutique et l'activité des diverses aloïnes. S. R.

Préparation et posologie de la microcidine, par M. Berlioz. — Ce produit est un mélange de naphtolate de soude et de composés à fonction napholique et phénolique. Ses propriétés microbicides la placent entre le naphtol A auquel elle est inférieure et le phénol qui vient après elle. (*Dauphiné médical*, mai 1891).

Pour la préparer, on fait fondre 100 grammes de naphtol B, avec 50 grammes de soude caustique. La température s'élève de 123, point de fusion du naphtol, à 170.

Le liquide entre en ébullition et sa couleur, qui était noirâtre immédiatement après l'addition de la soude, prend une teinte jaune. On arrête à ce moment l'opération.

A quelles doses doit-on la prescrire?

Pour les plaies infectées ou suspectées telles, il faut employer la solution à 5 p. 1000. Pour préserver de l'infection, la solution à 3 p. 1000 suffit.

Pour les irrigations utérines et vaginales les deux solutions peuvent s'employer. Il en est de même pour les lavages de la plèvre.

Pour les soins hygiéniques de la bouche, la solution à 1 p. 1000 est suffisante; pour les angines, on doit employer celles à 3 ou 5 p. 1000; il est facile dans ces cas d'aromatiser la solution avec de la saccharine, de l'essence de menthe, de la teinture de badiane, etc.

Pour la thérapeutique oculaire, il ne faut pas dépasser la solution à 1 p. 1000 (1). S. R.

De l'action physiologique du carbure de protoxyde de nickel, par MM. M. Kendrich et Snodgrass. — Ce liquide, découvert par MM. Mond, Langer et J. Qunicke, est soluble dans l'alcool, la benzine, le chloroforme et l'huile d'olive pure. Les auteurs l'ont essayé sur les animaux pour en déterminer la toxicité et l'action antipyrétique. (*The Brit. med. Journal*, 6 juin 1891).

C'est un poison respiratoire à la manière de l'oxyde de carbone et quand ses vapeurs sont répandues dans l'atmosphère à raison d'un cinq millième ; injectée sous la peau, cette substance se dissocie probablement, et le nickel est mis en liberté.

Sous son influence, on constate un abaissement prolongé de la température en rapport sans doute avec le ralentissement des échanges interstitiels. Cette propriété est-elle utilisable et permet-elle de considérer cette substance comme un agent antipyrétique ? On répond à cette question, qu'elle est dangereuse et qu'il est difficile de l'injecter sous la peau à faibles doses et dans un véhicule convenable.

Les auteurs annoncent des recherches ultérieures dans le but de déterminer la solubilité de cette substance et le dosage des gaz pendant la durée de son action. S R.

Le benzosol, ses propriétés thérapeutiques, par M. Sahli. — Ce dérivé du gaiacol (benzoyl-gaiacol) est une poudre blanche, inodore et insipide, peu soluble dans l'eau, mais soluble dans le chloroforme, l'ether et l'alcool. (*Thérap. Mon.*, février 1891, p. 145).

Ce produit serait mieux toléré par l'estomac que le gaiacol et la créosote. De plus, par son dédoublement dans l'intestin en gaiacol et acide benzoïque, il agirait comme un antiseptique intestinal.

Pour vérifier ces promesses, M. Sahli l'a prescrit à des phtisiques. Malheureusement le résultat n'a pas répondu aux espérances; point d'augmentation de l'appétit, point d'atténuation de la fièvre, pas de modifications des lésions tuberculeuses et

(1) Voir : *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1891.

Digitized by Google

persistance de la toux. Ainsi donc, ce médicament ne paraît pas appelé à un avenir dans le traitement de la phtisie.

S. R.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

OPHTALMOLOGIE

Traitement des corps étrangers de la cornée

Les corps étrangers de la cornée constituent un accident extrêmement fréquent. A ma clinique, il ne se passe certainement pas de jour où je n'aie à en extraire plusieurs. Le plus souvent, ce sont des parcelles métalliques, quelquefois des débris de silex. L'extraction de ces corps étrangers est de la véritable chirurgie oculaire d'urgence. La prolongation de séjour de corps étrangers entre les lamelles de la cornée peut amener des accidents sérieux (suppuration de la cornée, hypopion, iritis, iridocyclite, etc.); de plus, leur présence est extrêmement douloureuse et empêche les gens qui en sont atteints (la plupart du temps des ouvriers) de se livrer à aucun travail. Lorsqu'un corps étranger de la cornée est superficiel, son extraction est très facile, et les suites de cette petite opération sont extrêmement simples, à la condition toutefois que l'on prenne les précautions que j'indiquerai plus loin. Plus le corps étranger a pénétré profondément dans la cornée, moins l'opération devient aisée ; le diagnostic de la pénétration du corps étranger est donc indispensable, car le manuel opératoire et les précautions à prendre varient avec la position occupée par le corps étranger dans la cornée. Lorsque le corps étranger pénètre dans la chambre antérieure, l'extraction devient une des plus délicates de la chirurgie oculaire Je n'en parlerai pas aujourd'hui, m'en tenant aux corps étrangers de la cornée qui n'ont pas dépassé en arrière la lame élastique postérieure.

Dans nombre d'ateliers, les ouvriers ont la mauvaise habitude de s'extraire mutuellement leurs corps étrangers avec une épingle, un cure-dents, un bout d'allumette taillé en pointe, un morceau de papier, et cela sans la moindre précaution antiseptique. Si le corps étranger n'a fait qu'effleurer l'épithélium, l'opération ainsi faite ne présente pas grand danger, mais elle est très douloureuse. Lorsque la parcelle métallique est plus profondément enclavée, les choses ne se passent pas aussi simplement et les malades nous arrivent alors avec des kératites à hypopion, des iritis et irido-choroïdites traumatiques graves ; quelquefois même, le corps étranger a été repoussé en arrière et refoulé jusque dans la chambre antérieure.

Il faudrait donc, à mon avis, recommander aux ouvriers de ne pas s'improviser chirurgiens et prier les patrons d'avoir toujours chez eux une solution de chlorhydrate de cocaïne au 1/20e, l'instillation de quelques gouttes de ce collyre supprimant momentanément la douleur et permettant à l'ouvrier de se rendre tout de suite chez le médecin ou chez l'oculiste.

Une chose qui m'a toujours surpris, c'est le peu d'aptitude qu'ont les médecins ou chirurgiens non spécialistes pour le diagnostic ou l'extraction des corps étrangers de la cornée. Ce peu d'aptitude, je le constate tous les jours ; très souvent l'ouvrier ne vient à la clinique qu'après de nombreuses, très douloureuses et inutiles tentatives faites par le médecin de l'usine ou un médecin du voisinage. Je n'exagère rien. Aussi cette petite note m'a-t-elle paru bonne à écrire pour l'instruction de mes confrères non spécialistes.

Lorsque l'on se trouve en présence d'un corps étranger de la cornée ayant pénétré entre les lamelles de la membrane transparente, il faut d'abord instiller, à deux reprises et à deux ou trois minutes d'intervalle, quelques gouttes d'un collyre au chlorhydrate de cocaïne au 1/20e, lotionner la face externe, la face interne et le bord des paupières avec une solution de sublimé au 1/1000e, s'assurer de l'intégrité des voies lacrymales, de l'absence de toute suppuration du sac lacrymal (dacryocystite), absolument comme si l'on devait pratiquer une grosse opération (iridectomie ou cataracte). Ces précautions ne sont pas inutiles, comme je vais le démontrer.

Il y a deux ans environ, une femme de la campagne des environs de Paris se présente à ma clinique dans les conditions suivantes : le globe de l'œil était rouge, tendu et douloureux ; au centre de la cornée se voyait une vaste ulcération remplie de pus, à bords déchiquetés, et se continuant avec une infiltration suppurative de la cornée occupant les deux tiers environ de la membrane transparente ; un vaste hypopion occupait la chambre antérieure. A l'éclairage latéral, on apercevait l'iris décoloré et la pupille fermée par des exsudats. Le diagnostic s'imposait : kératite ulcéro-phagédénique à hypopion. En pressant sur la région du sac, on faisait sortir par les points lacrymaux une grande quantité de pus. Cette femme me raconta que, quinze jours auparavant, elle avait reçu quelque chose dans l'œil, qu'elle en avait souffert, mais que jusque-là son œil n'avait été nullement enflammé. Huit jours après, on avait tenté l'extraction d'un corps étranger qui se trouvait, disait-elle, au milieu de la prunelle, que l'on n'avait pas réussi à l'enlever, mais qu'à partir de ce moment les douleurs avaient augmenté, l'œil était devenu rouge, et qu'elle avait cessé d'y voir. La chose n'était point douteuse : la tentative malheureuse faite pour lui enlever son corps étranger avait desquamé l'épithélium cornéen et mis la substance cornéenne en contact direct avec le pus sécreté par le sac, pus essentiellement septique, ce qui avait provoqué la formation d'une ulcération phagédénique à hypopion, avec iritis, suppuration, etc.). Je prévins cette femme que son œil était fortement compromis, que néanmoins il était urgent de lui enlever son corps étranger, s'il y était encore, et d'essayer d'arrêter la marche envahissante de la suppuration, qui paraissait devoir se terminer par un phlegmon de l'œil.

J'instillai de la cocaïne au 1/20e, je débridai les points lacrymaux supérieur et inférieur, afin de donner au pus du sac une libre issue, et je fis dans les voies lacrymales de larges irrigations antiseptiques. Le sac bien débarrassé du pus qu'il renfermait, je lotionnai les paupières, les culs-de-sac et le globe de l'œil lui-

Digitized by Google

même avec la solution de sublimé au 1/1000, je détergeai aussi le fond de l'ulcération, et j'aperçus le corps étranger que je pus désenclaver à l'aide de mouvements de bascule avec une aiguille à discision et une pince fine à iridectomie. Puis je badigeonnai le fond de l'ulcération avec la pointe fine du thermo cautère, et j'appliquai tout autour de l'infiltration cornéenne des pointes de feu destinées à enrayer la marche progressive de la kératite infectieuse. Je pus ainsi empêcher la nécrose totale de la cornée et le phlegmon de l'œil. Cette opération fut répétée plusieurs jours de suite. Je soignai en même temps les voies lacrymales, et j'annonçai à cette malade qu'un peu plus tard je pourrais lui pratiquer une iridectomie optique et lui rendre un peu de vision. Mais du jour où elle ne souffrit plus, je ne la revis plus. Il est probable que, satisfaite de son sort, elle redoutait une nouvelle opération, la première, comme on l'a vu, ne lui ayant guère réussi.

Voici donc un traumatisme bien simple, et en général très anodin, qui amena des conséquences terribles et qui auraient pu l'être davantage, par le fait d'un manque de précautions élémentaires bien plus commun qu'on ne serait tenté de le croire.

Pour l'extraction d'un corps étranger de la cornée, la pince à fixation et le blépharostat sont inutiles, à moins que l'on ait affaire à des enfants ou à des gens extrêmement nerveux et pusillanimes. Dans ce cas il faut procéder avec les mêmes soins que si l'on avait à pratiquer une grave opération. Autrement, la cornée étant parfaitement insensibilisée, on fixe le globe de l'œil entre le pouce et l'index de la main gauche, l'index relevant la paupière supérieure et le pouce abaissant la paupière inférieure. Le globe, ainsi fixé, ne peut faire aucun mouvement. Puis avec une fine aiguille à discision, dont on pousse la pointe en arrière du corps étranger, on le fait basculer et l'opération est presque instantanément faite. Quelquefois, surtout si le corps étranger est profondément et anciennement enclavé, on rencontre un peu plus de difficultés ; mais il faut avoir bien soin de ne jamais piquer perpendiculairement la cornée, mais de toujours tenir son aiguille très obliquement. Dans certains cas de corps métalliques, dont le séjour inter-cornéen s'est prolongé, il reste, au fond de la petite cupule faite par le corps étranger après l'extraction de celui-ci, une couronne de rouille qu'il faut avoir soin de ne pas oublier. Du reste, il ne faut jamais laisser partir un patient auquel on a extrait un corps étranger, sans l'examiner très attentivement à l'éclairage latéral ou avec le photophore électrique. En négligeant cette précaution, on s'exposerait à de graves mécomptes.

Il est toute une catégorie de corps étrangers tout à fait superficiels et qui souvent donnent le change à l'observateur non prévenu. Ce sont de petites coques de millet qui s'appliquent sur la cornée, y adhèrent sans y pénétrer, et pour l'enlèvement desquelles il suffit, après cocaïnisation, d'un léger brossage avec du coton hydrophile antiseptique, ou d'une spatule mousse. J'ai vu de ces coques de millet qui étaient restées pendant des mois en contact avec la cornée, dans laquelle elles s'étaient creusées un véritable lit. Il s'était fait tout autour une légère suppuration qui avait recouvert le corps étranger ; aussi avait-on soigné fort longtemps ces gens-là pour des kératites purulentes, ulcéreuses, etc. Inutile de dire qu'aucun traitement n'avait réussi, et que l'enlèvement seul avait instantanément débarrassé ces gens-là de leur mal. Une très légère attention aurait suffi pour éviter ces graves erreurs de diagnostic, toujours si préjudiciables au médecin qui en est l'auteur, et qui en reste la principale victime (1).

A. Dehenne.

REVUE DES LIVRES

Hygiène et régime des arthritiques, par le Dr H. Cazalis (Paris, 1891, O. Doin).

Dans ce travail très complet et très méthodique, l'auteur a tracé avec soin la conduite à tenir vis-à-vis des arthritiques dont il faut à tout prix modifier le régime, le plus souvent défectueux. Le médecin trouvera résumées, dans l'ouvrage de notre confrère, les règles qui doivent servir à établir l'hygiène des arthritiques sur des bases sérieuses et scientifiques.

Pour M. Cazalis, il existe, chez ces malades, une prédisposition du tissu conjonctif, par suite sans doute de quelque vice ou déchéance originels, à une irritabilité spéciale qui fait de lui, dans l'organisme, un lien de moindre résistance, d'où, chez les arthritiques, les inflammations si fréquentes et les prolifications de ce tissu. Cette théorie rend compte d'un grand nombre d'accidents observés dans l'arthritisme, tels que l'entéroptose, les maladies des artères, les congestions pulmonaires, la sclérose de l'appareil auditif, etc...

Avant de donner les règles du régime, M. Cazalis divise les arthritiques en plusieurs classes qui correspondent exactement à ce qu'on trouve dans la pratique : rhumatisant chronique ; arthritique hépatique, rénal, cardiaque, dyspeptique, diabétique, obèse, neurasthénique. Pour notre distingué confrère, les règles hygiéniques applicables aux arthritiques peuvent être ainsi résumées (2) :

Faire que l'arthritique produise et absorbe le moins possible de poisons organiques qui, en irritant le tissu conjonctif, produiront des maladies arthritiques. Faire que ces poisons ne s'accumulent pas en lui. Modifier, si on le peut, le terrain arthritique par l'action du circumfusa, de la gymnastique, de l'hydrothérapie et du massage. Veiller sur la quantité et la qualité des aliments. Précipiter les actes nutritifs. Faciliter l'élimination des poisons organiques en agissant sur les différents émonctoires dont le fonctionnement, chez l'arthritique, est souvent imparfait.

F. R.

Guide pratique des sciences médicales (année 1891) publié par MM. Nicolle, Lesage, Demelin, Moran, Gascard, Winter et Vian (Paris, 1891, Société d'éditions scientifiques).

L'idée de publier, à l'usage des étudiants et des médecins, un volume annuel analogue à l'Agenda des chimistes, est fort heureuse. Dans l'espèce, elle a été habilement réalisée par cette association d'anciens internes des hôpitaux de Paris,

(1) Dans quelques usines d'électricité, les ouvriers se servent, pour extraire les corps métalliques magnétiques d'électro-aimants. Le procédé est bon et tout à fait applicable en clinique. J'y reviendrai.

(2) Voir à ce sujet : A. Renault, Hygiène des arthritiques (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1887, et *Mementos thérapeutiques des Praticiens*, 1891, p. 37).

Digitized by Google

parmi lesquels je suis heureux de rencontrer le nom estimé d'un des collaborateurs les plus aimés de ce journal, M. le Dr Demelin.

Cet ouvrage donne, sous une forme concise et cependant complète, les découvertes les plus récentes de la médecine moderne en ce qui concerne la tuberculose, la syphilis, les fièvres éruptives, les maladies infectieuses, les intoxications, la dermatologie, les maladies du système nerveux, l'électricité médicale, l'obstétrique, les maladies infantiles et la toxicologie. Chacun des auteurs a traité un de ces chapitres et par cette sage division du travail peut donner, avec toute compétence, un aperçu des acquisitions récentes en clinique et en thérapeutique.

M. Letulle en a écrit la préface. Cette préface est courte; c'est une qualité. Elle aurait pu être plus brève encore et, à vrai dire, l'ouvrage n'y eût point perdu de ses mérites qui, somme toute, appartiennent entièrement aux rédacteurs des divers chapitres. Au demeurant, ce livre, leur œuvre personnelle, se recommandait assez par lui-même pour n'avoir besoin d'aucun patronage épistolaire. C'est assez dire quelle en est la réelle valeur et formuler des vœux sincères pour le succès de l'édition actuelle et des suivantes.

Ch. E.

Recherches cliniques et bactériologiques sur le koumys, par M. le Dr Golouboff (Moscou, 1891).

Le Dr Golouboff a fait des recherches sur le koumys dans les steppes, près de la ville Orenbourg, en observant pendant plusieurs saisons des centaines de malades.

Il considère le traitement par le koumys comme analogue au traitement par l'alimentation forcée. Sous forme d'une boisson agréable et mousseuse (5 à 9 litres par jour), les malades absorbent une grande quantité d'albuminoïdes, en partie peptonisés; et malgré la quantité de liquide absorbé, l'appétit s'améliore très notablement. L'action du koumys continue encore pendant longtemps, après la cessation du traitement et les malades continuent à augmenter de poids.

Habituellement la quantité d'hémoglobine diminue, néanmoins la pression artérielle augmente et l'état général s'améliore. Un malade très épuisé qui pendant deux mois et demi ne prenait autre chose que du koumys, — malgré la diminution d'hémoglobine, — a augmenté de 24 livres.

Le koumys a une action merveilleuse dans les anémies non idiopathiques, comme par exemple après une pleurésie aiguë; la quantité d'hémoglobine et des globules rouges, dans ces cas, augmentent considérablement.

Le dernier chapitre du mémoire de M. Golouboff est consacré aux recherches bactériologiques. Les microorganismes provoquant la fermentation sont: les saccharomycètes et *bactérium acidi lacti* de Pasteur. Ces derniers ont la forme des bacilles allongés.

Le Dr Golouboff est le premier qui a remarqué que les microorganismes du koumys forment dans quelques cas une grande quantité de grains ressemblant aux grains de semoules qui s'accumulent sur les parois de sacs en cuir dans lesquels les kirgises entretiennent la fermentation du koumys.

M. Rechtsamer.

FAITS CLINIQUES

Habitudes d'onanisme chez un enfant, guéries par suggestion hypnotique

par M. le Dr Bernheim

Professeur à la Faculté de médecine de Nancy

L'enfant X... âgé de huit ans, m'est adressé le 9 avril 1891, par un confrère de Bar-le-Duc, pour que j'essaie de le guérir par suggestion d'habitudes d'onanisme datant de trois ans. Il aurait été initié à ces pratiques par un garçon de dix-huit ans. Il y a sept mois, ses parents s'étant aperçus qu'il maigrissait, pâlissait, avait les yeux cernés, l'ont surveillé et surpris en flagrant délit. L'enfant d'ailleurs a tout avoué, il avait pratiqué l'onanisme jusqu'à cinq fois dans la nuit; en moyenne il le fait trois ou quatre fois dans la nuit, deux ou trois fois dans la journée; il lui arrive même, dit-il, de le faire pendant son sommeil. Depuis le mois d'octobre dernier seulement, il y a émission de sperme.

En vain tous les traitements ont été essayés: le bromure de camphre, le bromure de potassium jusqu'à trois grammes par jour, les bains, un régime alimentaire spécial, la suppression du vin depuis quatre mois. Les menaces, les coups, l'intimidation n'ont pas réussi d'avantage. Depuis deux mois, on a dû renoncer à l'envoyer à l'école, l'enfant continuant à se masturber malgré la surveillance des maîtres.

L'enfant n'a jamais eu d'autres maladies que la rougeole et des angines; depuis l'âge de dix-huit mois il a une hernie inguinale droite maintenue par un bandage.

Il est lymphatique, pâle, amaigri, mais bien constitué. Il n'y a aucun antécédent nerveux dans sa famille; lui-même n'a aucune tare nerveuse. Il est très intelligent; depuis deux mois, ses parents ont constaté cependant que sa mémoire a baissé. Très docile, laborieux, bon élève, il obéit à ses parents; il a cependant sa volonté et ne se laisse pas dominer par ses camarades. Il est plein du désir de guérir; il dit qu'il fera tout ce qu'il faudra pour cela; car il comprend très bien les conséquences de ses habitudes vicieuses. Mais il ne peut, malgré sa volonté, résister à la tentation. Il lui arrive souvent, quand il va aux cabinets, de prier son père de l'accompagner *pour qu'il ne s'amuse pas*. Les organes génitaux ont leur développement normal, pour son âge.

Dès son arrivée chez moi, le 9 avril, je l'hypnotise facilement en sommeil profond, avec amnésie au réveil. Je lui suggère de n'avoir plus aucune idée d'onanisme, ni à l'état de veille, ni pendant son sommeil, d'avoir peur de se toucher, de n'y plus penser, d'avoir la force de résister à toute tentation.

Je l'hypnotise tous les jours jusqu'au 16 avril; tous les deux jours depuis le 16. Dès la première séance l'enfant affirme n'avoir plus de tentation aucune, et depuis il ne s'est plus touché; l'idée ne lui vient plus.

Le 11 avril il pèse 44 livres 1/2; le 14 avril 45 livres 200; le 16, 46 livres 100; le 21, 47 livres 20; le 23, 47 livres 100 grammes. Il a bonne mine, sa pâleur a disparu; sa physionomie respire la santé physique et morale. Je l'endors pour la dernière fois le 23 avril et je lui suggère de m'écrire dans un mois pour me donner de ses nouvelles.

Le 24 mai, je reçois de lui une lettre datée du 23, dans laquelle il me remercie, confirme sa guérison et dit que son poids est de 47 livres 300 grammes. Quarante-quatre jours se sont écoulés depuis la guérison.

Ainsi une seule séance de suggestion hypnotique a suffi pour déraciner des habitudes vicieuses d'onanisme datant de trois ans et que les médications ordinaires étaient impuissantes à extirper.

L'enfant, je le répète, était intelligent; la volonté ne faisait pas défaut chez lui; mais elle était impuissante. L'idée devenait acte: l'auto-suggestion était plus forte que la volonté. *Cela se faisait*, pour ainsi dire, en dépit de ses efforts, même pendant son sommeil. La suggestion a neutralisé l'idée; elle a permis à la volonté d'être assez puissante; elle a supprimé l'automatisme psycho-organique contre lequel l'enfant essayait en vain de réagir. Vouloir n'est pas pouvoir.

Digitized by Google

Ajoutons que l'enfant n'était pas un dégénéré, n'était pas un neurasthénique. L'habitude vicieuse lui avait été suggérée par un mauvais exemple; elle n'était pas liée à une diathèse nerveuse préexistante Aussi a-t-elle pu être déracinée rapidement.

La suggestion n'a pas toujours la même efficacité. Car, je ne saurais trop le répéter, ce n'est pas la parole de l'opérateur, c'est le cerveau de l'opéré qui fait la guérison. A côté du suggestionneur, qui implante l'idée, il y a le terrain psychique qui doit la féconder, et il y a des terrains ingrats qui ne savent pas la recevoir. L'auto suggestion les domine. Je citerai comme exemple un autre enfant, onaniste par hérédité, son père l'était, déséquilibré moralement et intellectuellement, indocile, indiscipliné, chez lequel j'ai essayé pendant plusieurs semaines de détruire l'habitude invétérée. J'arrivais bien, pendant que l'enfant était soumis à mon influence, à réprimer momentanément les pratiques de l'onanisme. Mais, aussitôt que j'eus cessé les séances, il recommença. La suggestion prolongée eût-elle réussi? A-t-elle prise sur un vice héréditaire lié à une malformation psychique et morale? De plus nombreuses observations sont nécessaires pour résoudre cette question. La thérapeutique psycho-suggestive est souvent d'une efficacité merveilleuse; mais elle a ses limites. On fait ce qu'on peut, et non ce qu'on veut. Le clinicien doit appliquer la méthode et s'attacher à la perfectionner; il ne doit ni s'enthousiasmer pour les succès, ni se décourager pour les insuccès, mais chercher scientifiquement la raison des uns et des autres.

Ce qui est certain, c'est que la suggestion souvent efficace est toujours inoffensive. On dit quelquefois, et ceux-là seuls le disent qui n'ont ni l'expérience, ni la conception exacte des phénomènes, que l'hypnotisme affaiblit le cerveau, diminue la volonté, engendre la neurasthénie. Rien n'est plus contraire à la vérité. L'hypnotisme, convenablement appliqué dans un but thérapeutique, peut au contraire renforcer le cerveau, atténuer le névrosisme, rendre la volonté plus forte et plus efficace. Cette observation le démontre, comme bien d'autres.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

DERMATOLOGIE

I. **Traitement du prurit des ictériques et des diabétiques.** — Cette médication consiste dans des moyens internes et des moyens externes.

A l'intérieur: On prescrit l'opium ou le chloral; c'est classique; cependant, on le sait, ces médicaments ne sont pas sans inconvénient quand on les administre aveuglément aux malades atteints de lésions hépatiques.

A l'extérieur: On emploiera des applications calmantes, les lotions acides ou les onctions grasses.

Pour calmer le prurit, on appliquera sur la région malade, *si elle est peu étendue seulement*, une compresse de flanelle imbibée de la solution d'atropine:

Sulfate d'atropine.....	0 gr. 05
Eau	25 grammes

F. s a pour l'usage externe.

Et on recouvrira d'une feuille de taffetas gommé.

Le prurit est-il localisé aux muqueuses? On pratiquera sur ces dernières des onctions avec la pommade cocaïnée:

Hydrochlorate de cocaïne....	1 gramme
Vaseline.....	30 grammes

Est-il généralisé sur la totalité du corps ou étendu sur une grande surface? On préfèrera les lotions boriquées ou vinaigrées, suivies ou non de l'application de talc boriqué ou d'une onction avec le glycérolé phéniqué:

Acide phénique.....	3 grammes
Glycérolé d'amidon.....	100 —

Dans ces cas, M. E. Besnier formule des bains vinaigrés contenant chacun un litre de vinaigre.

II. **Traitement de la gale par l'hyposulfite de soude.** — Recommandée par Comessati, il y a quelques années, cette médication a pour objet de déposer à la surface de la peau une couche de poudre de soufre finement divisée.

On obtient ce résultat en pratiquant tous les soirs une lotion des régions malades avec la solution ainsi formulée:

Hyposulfite de soude.....	100 grammes
Eau distillée	500 —

F. s. a.

L'hyposulfite de soude, en se décomposant, met en liberté du soufre et de l'acide sulfureux, que, l'un et l'autre, sont parasiticides.

MÉDECINE

III. **De l'administration du tartrate ferrico-potassique aux chlorotiques.** — La forme pilulaire est préférable, ce médicament étant de médiocre conservation sous la forme de teinture de Mars tartarisée ou de sirop.

M. Huchard conseille les pilules suivantes:

Tartrate ferrico-potassique.....	ãã 5 grammes
Extrait de quinquina.....	
Glycérine.....	q. s.
Huile essentielle d'anis.....	

Pour 50 pilules contenant chacune 10 centigrammes du ferrugineux.

Dose: deux pilules avant chaque repas.

Dans la *chlorose dyspeptique*, il est utile d'associer leur administration avec celle d'une préparation d'acide chlorhydrique (1).

Dans le cas de *constipation*, on formule ainsi:

Tartrate ferrico-potassique.....	10 grammes
Extrait de quinquina.....	ãã 5 —
Extrait de rhubarbe.....	
Extrait de noix vomique.....	0 gr. 25
Glycérine.....	q. s.
Huile essentielle d'anis.....	

Pour 100 pilules: même dose que les précédentes.

Enfin, dans le cas de *gastralgie*, on ajoute de l'opium suivant la formule suivante (Huchard):

Tartrate ferrico-potassique.....	10 grammes
Extrait de gentiane.....	8 —
Extrait de noix vomique.....	ãã 0 gr. 25
Extrait thébaïque.....	
Glycérine.....	ãã q. s.
Huile essentielle d'anis.....	

Pour 100 pilules: mêmes doses.

(1) Voir: *Les Mémentos thérapeutiques du praticien*, 18. f.

Digitized by Google

Remarquons qu'une cuillerée à soupe du sirop classique de tartrate ferrico-potassique renferme 50 centigrammes de ce sel, soit 10 centigrammes de fer. Il faudrait donc 5 pilules pour administrer la même dose du métal.

Ch. E.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES FRANÇAISES

PARIS — **Société de biologie** (6 juin 1891). I. *Action épileptogène du vulnéraire.* — LIMOGES. — **Société de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne** (6 avril 1891). II. *De la valeur du traitement de la tuberculose pulmonaire par le gaïacol iodoformé.* — LYON. — **Société nationale de médecine** (mai 1891). III. *L'hystérectomie pour cancer et prolapsus utérin.* — MARSEILLE. — **Société médico-chirurgicale des hôpitaux** (avril 1891). IV. *Coliques néphritiques et kystes hydatiques.*

I. **Action épileptogène des principes du vulnéraire.** — MM. CADEAC et MEUNIER continuent devant la Société de biologie le procès qu'ils ont commencé devant les Sociétés médicales de Lyon, contre la liqueur d'arquebuse, autrement dit, le vulnéraire.

Cette liqueur emprunte son arome et ses propriétés à la sauge, l'absinthe, le fenouil, l'hysope et le romarin. Ses effets sont-ils la somme de ceux que produisent les essences contenues dans chacun de ces végétaux ?

Les expérimentateurs lyonnais raisonnent ainsi. Quand 10 milligrammes d'essence de sauge convulsent immédiatement un kilogramme d'animal, il faut 25 milligrammes d'essence d'absinthe, 31 milligrammes d'essence d'hysope, 62 milligrammes d'essence de romarin et 85 milligrammes d'essence de fenouil pour obtenir le même résultat. Et un litre de vulnéraire renfermant 48 centigrammes d'essence de sauge, 7 centigrammes d'essence d'absinthe, 135 milligrammes d'essence d'hysope, 34 centigrammes de romarin et 50 centigrammes de fenouil, il y entre ainsi 152 centigrammes d'essences épileptogènes, qui, dans cette proportion, sont capables de convulser par la voie veineuse un poids d'animal de 68 kilogrammes.

Il est vrai qu'il faut environ dix fois plus de substances pour obtenir la même réaction quand on utilise la voie digestive, de sorte que l'ingestion de cette quantité de produits épileptisants pourrait faire tomber dans une crise d'épilepsie un chien de 6 kilogr. 600 ; mais l'homme est un réactif bien plus sensible que le chien à l'action des essences, comme en témoignent les expériences comparatives qui ont été faites avec l'essence d'hysope. Pendant qu'un chien à jeun de 7 kilogr. doit ingérer 3 grammes de cette essence pour prendre une attaque d'épilepsie, 2 grammes de cette même substance suffisent pour produire une attaque aussi violente chez un homme sain de 70 kilogr.

Le buveur habituel de vulnéraire court ainsi les plus grands dangers de tomber dans une attaque comitiale, à moins que d'autres éléments contenus dans la liqueur ne jouent le rôle d'antagonistes.

Il faudrait aussi tenir compte des alcools de basse qualité qui servent à la fabrication de ces liqueurs. L'alcoolisme, remarquerons-nous, explique aussi ces phénomènes épileptiformes qui ne sont peut-être pas l'œuvre des essences aromatiques seulement.

II **De la valeur du traitement de la tuberculose pulmonaire par le gaïacol iodoformé.** — Cette médication qui, comme tant d'autres, donnait beaucoup de promesses, il y a quelques mois, ne semble pas posséder la valeur thérapeutique qu'on lui attribuait.

Il faut en rabattre, et M. LEMAISTRE le prouve en produisant les quatre observations suivantes :

Le premier cas se rapporte à un jeune phtisique. Les injections furent bien tolérées, mais il survint un érysipèle qui obligea à suspendre le traitement. L'état du malade était à peu près le même après comme avant les injections.

Le deuxième cas est celui d'une jeune femme enceinte et atteinte de tuberculose avancée, qui fut traitée dans l'intérêt de l'enfant autant que de la mère. Deux à trois injections furent faites avant les vacances de Pâques, la malade succomba huit jours après.

Un malade atteint de sclérose pulmonaire avec souffle et craquements au sommet (en particulier) bruit de varlope (caverne bilobée); assez bon état général. Peu de modifications dans les signes d'auscultation après les injections.

Le quatrième cas se rapporte à un malade atteint de tuberculose avancée. Là encore les résultats furent nuls, la fièvre parut plutôt augmenter.

Ici donc, comme vis-à-vis de tant d'autres traitements, si pompeusement annoncés, on doit rester sur la réserve. La méthode des injections hypodermiques de gaïacol, malgré la retentissante communication de M. Picot, à l'Académie, n'a pu encore dire son dernier mot.

III. **L'hystérectomie pour cancer et prolapsus utérin.** — On a beaucoup écrit, dans ces derniers temps, sur cette opération. M. GOULLIOUD, ce qui vaut mieux, essaye de la simplifier et produit à l'appui du procédé qu'il recommande six observations d'hystérectomies totales pour cancer et un cas d'hystérectomie pour prolapsus.

Son procédé diffère peu du procédé classique.

La malade étant en situation et désinfectée, l'utérus est abaissé par une prise régulière sur le col. On trace une incision circulaire autour de celui-ci, à deux centimètres du néoplasme. Cette incision a une forme un peu elliptique pour aborder ensuite plus facilement les ligaments larges.

Décollement de la vessie. C'est à ce moment que l'on a très souvent perforé cet organe, surtout dans les cas avancés, quand la tumeur a, par envahissement, attaqué son bas-fond.

Le procédé d'hémostase des ligaments larges s'éloigne légèrement de ceux jusqu'ici décrits. En Allemagne, on pose une série de ligatures. Péan applique à demeure des pinces multiples, successives. Richelot en emploie également deux, longues, une de chaque côté de l'utérus. M. Goullioud établit quatre pédicules correspondant aux deux artères utérines et aux deux utéro-ovariennes. A l'aide du doigt replié en crochet, il détermine le pédicule des artères utérines. Il les pince de chaque côté et on le sépare de l'utérus. L'utérus, abaissé dès lors avec facilité, est placé le plus possible en antéflexion forcée et même libéré à la vulve. On contourne l'origine des trompes, c'est à-dire le bord supérieur des ligaments larges, et l'on sépare ainsi le pédicule des utéro-ovariennes. Cette façon de prévenir l'hémorrhagie, fondée sur les données anatomiques, a un avantage considérable ; elle permet d'éviter l'uretère avec le plus de sécurité.

Ces opérations d'hystérectomies totales sont préférables aux hystérectomies partielles : ablation de toute la lésion, hémostase facile, antisepsie plus sûre, c'est pourquoi M. Goullioud les recommande.

IV. **Coliques néphrétiques et kystes hydatiques.** — Dans l'étiologie des coliques hépatiques, on a pu souvent faire intervenir la présence de kystes hydatiques du foie, pendant dans les voies biliaires et les obstruant. Bien rarement, on a pu invoquer cette même cause pour donner la raison pathogénique des coliques néphrétiques. A ce point de vue, il y a donc tout intérêt à enregistrer une observation de M. SCHNELL, dans

Digitized by Google

laquelle les coliques néphrétiques avaient pour origine l'obstruction de l'uretère par un kyste de cette nature.

On crut à la lithiase biliaire. Il s'agissait d'une femme dont le rein gauche était bosselé, augmenté de volume et douloureux à la palpation. Elle éprouvait des accès typiques de coliques néphrétiques.

Cependant, après quelques mois, dans une crise, elle expulsa dans les urines des masses transparentes, à enveloppes diaphanes, dont l'examen ne pouvait laisser aucun doute sur l'existence des hydadites et de leurs nombreux crochets. Après une seconde crise, on constata la présence des mêmes produits dans les urines. C'était une invalidation du diagnostic primitif et la démonstration nouvelle d'une maladie que sa rareté a trop souvent, mais à tort, fait mettre en doute.

K. N.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE (1)

Séance du 11 juin 1891

Présidence de M. le Dr Lailler

Excision de chancres syphilitiques. — M. Mauriac a fait l'excision d'un chancre syphilitique âgé de trois jours, et en l'absence d'adénopathie. Le lendemain, excision d'un autre chancre semblable. Les plaies se cicatrisent rapidement; néanmoins une induration spécifique se produisit au dessous d'elles et l'adénopathie se développa.

Voilà donc une preuve nouvelle que l'excision, même précoce, n'arrête, ni n'atténue le processus syphilitique primitif. Cinquante trois jours plus tard, on observait une syphilide papuleuse et les symptômes classiques de l'infection.

Accidents causés par les injections hypodermiques d'huile créosotée à haute dose. — M. Besnier a essayé la méthode de M. Burlureaux contre les gourmes scrofulo-tuberculeuses et des tuberculoses. Au point de vue des résultats locaux, la méthode n'a pas encore fait suffisamment ses preuves pour se prononcer.

Par contre, elle peut provoquer des accidents graves.

Les tubercules lupiques ont été actionnés et une gomme a subi une action d'acuité rendant l'intervention chirurgicale nécessaire.

Dans un cas de tuberculose pulmonaire, il y a eu des accidents graves (congestion, point pneumonique), que l'on peut attribuer à des embolies graisseuses. Peut-être aussi faut-il y voir le résultat de la pénétration d'une quantité relativement élevée de créosote sous la peau, conformément aux expériences anciennes de Bergmann et de A. Weber?

Ces faits ne sont pas de nature à infirmer la valeur de la méthode de M. Burlureaux, mais seulement à engager, comme le fait M. Besnier, à ne raccorder la canule avec la seringue qu'après la cessation de tout écoulement sanguin.

Formes anormales d'engelures. — A côté du type banal, MM. Dubreuilh et Sabrages placent des engelures à forme papuleuse et à forme bulbeuse.

Les premières sont granuleuses, rougeâtres, violacées et indurées. En petit, elles ont les caractères morphologiques des engelures.

Les secondes ressemblent à des bulles de pemphigus ou à des brûlures de second degré. Leur gravité n'est point aussi grande que Rayer l'admettait. Elles n'ont point de tendance à s'ulcérer et elles guérissent rapidement.

K. N.

(1) En raison de l'importance croissante des travaux des dermatologistes français, nous donnerons dorénavant un compte rendu des séances de cette Société en ce qui concerne la thérapeutique et la clinique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 juin 1891

Présidence de M. le Dr Terrier

De la trépanation du crâne dans l'épilepsie partielle. — M. Championnière, parmi les chirurgiens français, a été l'un des premiers à appliquer les notions, tirées des localisations cérébrales, au traitement de l'épilepsie partielle encore appelée épilepsie Jacksonnienne, par la trépanation. Le premier de tous, qui appliqua à la chirurgie l'anatomie crânio-cérébrale, fut Broca, et si sa tentative ne fut pas heureuse, on ne doit pas oublier cependant qu'il fut le premier à montrer la voie à parcourir. M. Championnière possède aujourd'hui onze observations personnelles du même genre, il est donc autorisé à en parler avec connaissance de cause.

L'épilepsie partielle ne présente pas une indication opératoire aussi nette qu'on la dit; les résultats de l'intervention souvent ne sont que palliatifs ou temporaires. En effet, la trépanation ne fait souvent découvrir aucune lésion ; non pas que celle-ci n'existe pas, mais parce qu'elle est située à une certaine distance du centre moteur sur lequel elle retentit par irritation de voisinage.

La trépanation n'est pas une opération bénigne. M. Championnière a observé après elle des morts rapides, soit de cause inconnue, soit parce qu'elle avait donné un coup de fouet à la maladie primitive. Cependant un fait est habituel immédiatement après la trépanation. Presque tous les malades accusent un soulagement de leurs douleurs après l'opération ; l'orateur attribue ce soulagement à la décompression intra-cérébrale qui lui semble jouer un rôle considérable. Il est donc important d'employer de larges couronnes de trépan dont le diamètre varie de trois à cinq centimètres. Il n'est pas partisan de la réimplantation osseuse qui bouche la brèche crânienne et tend à rétablir la compression intra-cérébrale.

En résumé, le phénomène, douleur céphalique, est le plus heureusement modifié par la trépanation dans l'épilepsie partielle ; les phénomènes épileptiformes ne le sont que très peu, car on sait qu'ils réapparaissent avec une grande facilité. L'épilepsie avec phénomènes paralytiques monoplégiques, semble être la meilleure indication de la trépanation.

M. Terrier. — Il est impossible de préciser les conditions séméiologiques de l'épilepsie Jacksonnienne dans lesquelles réussira la trépanation. Nous agissons toujours un peu à l'aveugle dans les interventions de cette nature ; bien souvent, ainsi que l'a dit M. Championnière, on passe à côté de la lésion. D'ailleurs, c'est une opération grave, quelquefois suivie de mort rapide.

M. Terrier ne comprend pas le rôle attribué à la décompression cérébrale, puisqu'on ne touche pas au liquide céphalo-rachidien. Il s'expliquerait mieux l'ablation du centre moteur supposé lésé, mais cette extirpation ne serait-elle pas suivie à son tour de paralysie durable et d'une cicatrice qui réagirait d'une manière fâcheuse sur les centres nerveux ?

Utilisation du périoste dans la suture du tendon d'Achille. — M. Félizet rapporte l'observation suivante: Un homme de 45 ans a le tendon d'Achille coupé au ras du calcaneum; il n'existe pas de bout inférieur, le bout supérieur remonte assez haut dans la jambe, de telle façon qu'il est impossible de faire la suture par les moyens ordinaires. M. Félizet décolla alors une partie du périoste de la face postérieure du calcanéum, puis sectionna le fragment de l'os adhérent au périoste; il fit alors la suture du tendon d'Achille au bord supérieur du périoste adhérant à l'os, le pied étant maintenu en équinisme. Au bout de quelques semaines, il s'était formé une

Digitized by Google

masse osseuse, solide, non mobile fixant le tendon au reste du calcanéum. Le malade recouvra complètement les fonctions du pied.

H. M.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 juin 1891

Présidence de M. le Dr Labbé

Spasme fonctionnel des muscles du cou. — M. Ducazal rapporte les deux observations suivantes. 1° M. B..., 39 ans, entre le 5 mars 1890 au Val-de-Grâce, pour un tic convulsif du cou. Il ne présente pas d'antécédents névropathiques héréditaires. A l'âge de 20 ans, il eut des spasmes de certains muscles du tronc et des membres supérieurs; quand la contraction se produisait, il haussait les épaules et rejetait les bras en arrière (tic du sac au dos). De plus, certains actes de sa vie paraissent avoir été entachés de manie; c'est ainsi qu'il poussait l'ordre et la symétrie à l'excès. S'il voyait un de ses camarades avoir quelques boutons de sa tunique défaits, il éprouvait immédiatement le besoin de les reboutonner lui-même. En juillet 1889, il commença à éprouver dans le bras droit une lassitude passagère, qui l'empêchait d'écrire. Au mois de décembre de la même année, il ressent une douleur dans la partie droite de la nuque; bientôt la tête commence à se dévier à droite, entraînée par le sterno mastoïdien gauche. Ce spasme ne tarde pas à se renouveler incessamment et détermine l'entrée du malade à l'hôpital. La tête exécute des mouvements saccadés (contractions coniques), puis se fixe sur l'épaule droite, le menton dépassant la clavicule; le sterno-mastoïdien gauche est alors devenu rigide (contraction tonique). Au bout de quelques secondes le spasme cesse, pour se reproduire peu d'instants après. Ce malade est très émotif, ne présente aucun trouble de la sensibilité.

— 2° M. D..., 47 ans, est un nerveux, très actif, sans antécédents morbides. Le début de son affection remonte à l'année 1889, pendant laquelle il commença à éprouver des mouvements involontaires de la tête et du cou. Ceux-ci sont plus complexes que dans le cas précédent. Le spasme n'a plus lieu dans le territoire du spinal, mais dans ceux de différents nerfs du cou. La tête est d'abord inclinée en arrière, puis se relève, et est entraînée vers l'épaule gauche par la contracture du sterno-mastoïdien droit; les épaules sont également animées de mouvements involontaires. Plusieurs muscles prennent donc part à ces mouvements : le splenius, le complexus, le sterno-mastoïdien, le trapèze. Quand le malade tire la langue, le spasme s'arrête. Cet homme ne présente aucun trouble de la sensibilité. La pathogénie de ces troubles moteurs est encore fort obscure. Duchesne (de Boulogne) faisait des spasmes du sterno-mastoïdien une contracture analogue à la crampe des écrivains; mais cette théorie ne saurait convenir dans la seconde observation.

M. Ballet, qui a signalé chez les rhumatisants des spasmes fonctionnels des muscles des régions malades, attribuait ces spasmes à une hyperexcitabilité médullaire de nature rhumatismale; mais ces deux malades n'ont jamais eu de rhumatismes.

M. Ducazal pense qu'il s'agit dans ces cas d'un tic convulsif de nature et d'origine encore indéterminées. L'électricité, qui a été employée chez le second malade, sous différentes formes, n'a pas amené de soulagement.

M. Ballet pense que les spasmes fonctionnels s'observent toujours chez des dégénérés héréditaires : il faut étudier avec soin leurs antécédents héréditaires et personnels. Toujours on y retrouve des phénomènes de dégénérescence. Chez le second de ces malades, présenté par M. Ducazal, on constate un signe physique de dégénérescence fort important : il n'a pas les oreilles ourlées, c'est là un point capital sur lequel Morel avait fort insisté. Chez ce même malade les spasmes ne sont pas limités dans le domaine du spinal, ils sont plus diffus, plusieurs nerfs y prennent part. Dans ces conditions il n'est pas douteux que ces troubles ne soient d'origine centrale.

Souvent un spasme en remplace un autre. Ce malade n'a pas de convulsions quand il tire la langue. Un des malades de M. Ballet avait des spasmes des paupières qui empêchaient la lecture; or, quand il jouait du violon ou quand il serrait fortement les mains, il empêchait le spasme des paupières. En substituant un spasme volontaire à un spasme involontaire, on pourrait donc empêcher le trouble fonctionnel, mais ce moyen ne pourrait être employé d'une manière suivie. En résumé, il s'agit de troubles nerveux d'origine centrale, de véritables décharges nerveuses extrêmement rebelles à la thérapeutique.

M. Raymond partage l'opinion de M. Ballet et pense que ces spasmes fonctionnels s'observent toujours chez des sujets atteints de dégénérescence héréditaire ou acquise.

Chorée hystérique chez l'homme. — M. Laveran pense que l'hystérie est devenue plus fréquente dans l'armée pendant ces dernières années qu'autrefois. Il en observe maintenant des exemples assez fréquents. En voici deux cas compliqués de chorée. Un jeune sergent, nerveux, après une nuit de travail où il avait fait abus de café, éprouve une violente colère et est pris d'une attaque d'hystérie, à laquelle succèdent une aphasie transitoire et des mouvements choréique du cou, des membres supérieurs et inférieurs. Bientôt l'aphasie fut remplacée par du bégaiement hystérique. Pendant son séjour au Val-de-Grâce, il eut plusieurs grandes attaques d'hystérie.

Un jeune soldat, vigneron avant son incorporation, présentait depuis trois ans des mouvements involontaires dans les membres supérieurs. Entré au Val-de-Grâce, il y fut atteint d'une crise d'hystérie, suivie de chorée rythmique, avec hémianesthésie et rétrécissement du champ visuel. La nature hystérique de la chorée n'était donc pas douteuse.

M. Raymond. — Si l'hystérie mâle paraît plus fréquente de nos jours, c'est probablement parce qu'on la connaît et qu'on l'observe mieux. Quant à la maladie elle-même, elle a dû exister de tout temps avec la même fréquence, ses manifestations étaient seulement méconnues ou attribuées à d'autres affections.

Dr H. Marciguey.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 juin 1891

Présidence de M. le Dr Tarnier

M. Marotte lit une note sur le traitement de l'influenza par le chlorhydrate d'ammoniaque.

M. Lereboullet lit un rapport sur les remèdes secrets.

M. Terrier lit deux nouvelles observations d'opérations pratiquées sur les voies biliaires. Dans la première, le malade atteint de cholécystite et de péricholécystite eut une péritonite aiguë à laquelle il succomba. Le deuxième malade guérit.

Angiôme intra-crânien. — Le domaine de nos connaissances sur les localisations cérébrales s'étend de jour en jour et l'étude des tumeurs qui se développent à la surface du cerveau acquiert pour ce motif un puissant intérêt. C'est pour cela qu'il a paru bon à M. Péan de communiquer brièvement à l'Académie l'observation suivante :

Le malade, âgé de quinze ans, était affecté d'accès d'*épilepsie partielle*, localisés au membre supérieur gauche, accompagnés

Digitized by Google

de *contractions spasmodiques des muscles du pharynx* et d'une *douleur* violente au sommet de la tête, à droite de la ligne médiane, au niveau de l'angle antéro-supérieur du pariétal droit. Le docteur Gélineau, son médecin habituel, reconnut que cette épilepsie était symptomatique d'une tumeur qui comprimait les centres moteurs. Son avis fut partagé par MM. Charcot et Ballet qu'il avait appelés en consultation. Comme aucun symptôme extérieur ne permettait d'en préjuger la nature, tous furent d'avis qu'il était indiqué de pratiquer *la trépanation* pour donner au diagnostic la précision nécessaire et, si cela était possible, pour obtenir la guérison.

Nous pratiquâmes l'opération en mai 1889 avec le concours de MM. Ballet et Gélineau, suivant les règles que nous avons déjà communiquées à l'Académie.

Au cours de l'opération, nous nous trouvâmes en présence d'un *angiôme des méninges* en communication avec le sinus longitudinal supérieur. Malgré sa richesse vasculaire, malgré son étendue, la tumeur put être enlevée en totalité, sans perte de sang, grâce au pincement temporaire et définitif des vaisseaux variqueux, dilatés, érectiles, dont elle était composée.

A ce propos, nous avons recherché si, dans la science, des cas analogues avaient été publiés. Nous n'en avons trouvé aucun qui fût exactement semblable, aucun surtout qui eût été opéré.

Nous connaissions les angiômes *extra-craniens* en communication avec le sinus longitudinal supérieur qui ont été si bien décrits autrefois par Nélaton et ses élèves, notamment par Dupont. Mais ces tumeurs sont superficielles, reconnaissables à la vue et au palper, ce qui rend leur pronostic relativement favorable.

Il en était autrement chez notre malade :

L'angiôme était intra-crânien, situé dans l'épaisseur des méninges; il ne pouvait se développer sans comprimer les circonvolutions cérébrales.

De là, un pronostic grave, en raison des troubles cérébraux qui en étaient la conséquence.

Toutefois, la gravité de ces sortes de tumeurs ne tardera pas à disparaître, puisqu'il est possible d'ouvrir sans danger la cavité crânienne et d'enlever les tumeurs qui causent les désordres fonctionnels.

Pour ne pas entrer aujourd'hui dans de trop longs détails sur les angiômes intra-craniens, nous nous contenterons de poser les conclusions suivantes qui nous ont été inspirées par l'observation de notre malade :

Conclusions. — 1° De même qu'il existe des angiômes extra-craniens communiquant à travers la voûte du crâne avec le sinus longitudinal supérieur, il existe une variété d'angiômes intra-craniens communiquant également avec le sinus longitudinal supérieur, mais développés dans l'épaisseur des méninges et situés entièrement à l'intérieur du crâne.

2° Ces angiômes appartiennent à la variété des angiômes simples, c'est-à-dire qu'ils sont essentiellement constitués par un peloton de capillaires dilatés et flexueux. Ils ne présentent pas de limites précises et se continuent insensiblement avec les vaisseaux voisins, situés dans l'épaisseur des méninges. Leur caractère principal est de communiquer par une grosse veine dilatée avec le sinus longitudinal supérieur.

3° Au point de vue clinique, à l'inverse des angiômes extra-craniens, qui ne donnent lieu qu'à des signes physiques, *ces angiômes méningés se manifestent uniquement par des troubles fonctionnels cérébraux* en rapport avec le siège occupé par la tumeur.

Ces symptômes fonctionnels sont surtout :

(*a*) La douleur localisée au point lésé ;

(*b*) L'épilepsie Jacksonnienne, si la tumeur correspond à un centre moteur. Ils diffèrent de ceux qui sont fournis par les tumeurs solides qui occupent le même siège en ce qu'ils sont influencés et augmentés, (*a*) par la flexion de la tête et son inclinaison en avant, (*b*) par la compression des veines jugulaires internes au cou.

4° Le pronostic en est très grave à cause des phénomènes cérébraux qu'ils occasionnent, et aussi parce que la rupture d'un des vaisseaux qui les constituent peut amener une hémorrhagie mortelle, ainsi que le montre un cas non opéré, trouvaille d'autopsie publiée en Angleterre par Arty Porter.

5° Ces tumeurs sont justiciables de la trépanation. L'hémorrhagie et notamment celle, considérable, due à la communication avec le sinus, est facilement arrêtée par le pincement temporaire et définitif.

Les accidents du chloroforme. — A propos de la communication de M. Laborde, M. Leroy de Méricourt rappelle que depuis 1847, on se sert, dans la marine, pour administrer le chloroforme, du cornet de Raynaud et qu'il n'y a jamais eu d'accident. Il se propose de faire une enquête qu'il apportera à l'Académie.

M. Bérenger Féraud confirme ce que vient de dire son collègue.

M. Charpentier a employé pendant quinze ans le cornet de Raynaud à la Clinique d'Accouchements. Il n'a jamais observé un seul accident.

Prophylaxie de la syphilis. — M. Fournier dit le rapport qu'il a fait sur un mémoire de M. Duvernet, médecin inspecteur des nourrices. Ce travail a pour but de sauvegarder la santé des nourrices et, par suite, des nourrissons. 14,000 nourrices sont examinées annuellement à la Préfecture où passent en outre 1,300 nourrices dites de *retour* qui viennent donner leurs soins à un nourrisson inconnu. Malheureusement le souci administratif ne fait pas tout le bien voulu puis que les nourrices sur lieu n'ont pas de garanties vis-à-vis des familles qui les prennent et qu'on manque de garanties vis-à-vis des nourrices de retour en incubation de syphilis.

S'il plait à une famille de faire allaiter un enfant syphilitique, elle le peut sans grand danger pour elle, ce qui est abusif, inique et révoltant. La nourrice offre trois garanties : la visite avant son départ, la visite à la préfecture, la visite du médecin de la famille. Toutes les garanties sont d'un côté, rien de l'autre. Il s'ensuit une grande fréquence de la syphilis chez les nourrices. Un enfant donne la syphilis à trois et même huit nourrices. La nourrice est désarmée vis-à-vis du nourrisson.

M. Duvernet se plaint du manque de garanties contre les nourrices de retour. Quand on les examine, ou bien elles sont saines ou bien elles sont syphilitiques. Dans ce cas, rien de plus simple. Mais, dans le premier cas, comment savoir si la nourrice n'est pas en incubation de syphilis. Si on lui refuse un certificat, c'est excessif et cela pourrait nuire à une nourrice saine. Si on donne ce certificat, on peut exposer le nourrisson à la vérole.

Ce qu'il faudrait, c'est connaître l'état de santé du nourrisson que la nourrice vient de quitter. Il faudrait exiger un certificat médical attestant que cet enfant n'est pas syphilitique. La nourrice aurait le droit de réclamer ce certificat. On écarterait ainsi des bureaux, les familles dangereuses et on élèverait une barrière contre les nourrices en incubation de syphilis.

Ces propositions seront discutées dans une prochaine séance.

F. R.

INFORMATIONS

La loi sur l'exercice de la médecine et le Sénat. — Cette assemblée a nommé la commission chargée de l'examen du projet de loi, adopté par la Chambre des députés, sur l'exercice de la médecine. Cette commission, composée de MM. Bar-

Digitized by Google

doux, Combes, Cornil, Coste, Couturier, Delsol, Libert, Le Monnier et Lesouëf, a nommé M. Cornil comme président, et M. Libert comme secrétaire.

La discussion a commencé par la question de l'officiat de santé. Quatre commissaires, MM. Bardoux, Libert, Delsol et Lesouëf se sont déclarés partisans du maintien des officiers de santé.

M. Combes a demandé que les officiers de santé fussent remplacés par des médecins à qui on demanderait seulement, au moment de l'inscription, le baccalauréat moderne ; ces médecins seraient distincts des docteurs en médecine. Trois commissaires, MM. Coste, Couturier et Le Monnier, ont été d'avis qu'il ne fallait pas maintenir l'officiat.

Enfin, M. Cornil, après avoir exposé les raisons qui plaident pour et contre la suppression des officiers de santé, a conclu à ce qu'une enquête fût faite à nouveau auprès des conseils généraux des départements, ce qui n'est point compromettant et ajournera aux calendes grecques le vote de cette loi. Est-ce bien le résultat que M. Cornil entendait obtenir? Dans ce cas, le corps médical français doit lui en savoir singulièrement gré!

La commission est très partagée sur le point le plus important de la loi — la suppression des officiers de santé ; — mais, de l'ensemble de la discussion, il résulte que la majorité est d'avis qu'il y a lieu de provoquer une consultation des conseils généraux. Elle désire aussi ne porter aucune atteinte aux Ecoles préparatoires de médecine.

Association française pour l'avancement des sciences (Réunion de 1891). — Cette réunion aura lieu à Marseille, du 17 au 24 septembre prochain. Parmi les questions soumises à la discussion des sections, notons les suivantes ; dans la section des sciences médicales, le traitement de la tuberculose ; dans celle d'hygiène, l'hygiène des établissements de l'industrie chimique.

NOUVELLES MILITAIRES

FRANCE

Nomination dans le corps de santé de la marine (Réserve). — *Au grade de médecin de 2e classe* : M. Manoel, ancien médecin de 2e classe de la marine.

Nominations dans le corps de santé des colonies (26 mai 1891) (Activité). — *Au grade de médecin principal* : les médecins de 1re classe de la marine MM. Hénaff et Gallay

Au grade de médecin de 1re classe : les médecins de 2e classe de la marine MM. Clouard, David, Baurac, Rouch, Guerchet, Pichon.

Au grade de médecin de 2e classe : M. Lardy.

VARIÉTÉS

Un procédé de préparation de la teinture d'iode. — Proposé par M. Mazurier et publié dans le *Répertoire de pharmacie*, ce procédé est destiné à donner un produit parfaitement pur et filtré.

Il est extrêmement simple et paraît à l'abri de la plupart des critiques. Il consiste à obstruer la douille d'un entonnoir ordinaire par quelques fragments de verre concassé. Sur ce filtre de verre très primitif, l'iode, grossièrement pulvérisé, est tassé et dissous dans l'alcool par déplacement.

La transmission de la tuberculose par eaux de lavage. — M. Grimard énumère dans le *Lyon Médical* l'usage rural qui consiste à faire boire aux animaux de l'espèce bovine l'eau ayant servi au lavage du linge. Il a fait des essais sur les cobayes et constaté que l'eau savonneuse qui servait au lavage des linges souillés des matières d'expectoration des phtisiques est dangereuse, et que l'habitude que l'on a dans certaines régions de l'employer pour l'alimentation des bestiaux est mauvaise.

Ce serait là un des modes de transmission de la tuberculose de l'homme aux bovidés.

Stérilité et obésité. — Depuis Hippocrate on se rappelle la stérilité des femmes Scythes qui étaient obèses et la fécondité de leurs esclaves qui étaient, en général, de médiocre corpulence. En Orient, M Kisch a trouvé que la stérilité existe dans un ménage sur dix dans les classes populaires et de 1 sur 5 dans l'aristocratie. Pourquoi? Il en croit trouver le secret dans la pauvreté du sperme en spermatozoïde et dans la cessation plus précoce des règles chez les obèses. Il ajoute que souvent après la disparition de l'obésité la fécondité reparaît. Conclusion : maigrissez et vous aurez beaucoup d'enfants!

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQU

CLINIQUE MÉDICALE

Audry et Lacroix. — Les névromes plexiformes et les pachydermies névromateuses (*Lyon méd.*, 24 mai 1891).

Burnett. — Diagnostic de la mélancolie au début (*The N.-York méd. Journal*, 2 mai 1891).

Cantalaniessa. — Du souffle présystolique (*Riforma medica*, 5 mai 1891, p. 301).

Capozzi. — Névrites multiples (*La Riforma medica*, 24 mars 1891).

Charcot. — Documents pour servir à l'histoire des somnambulismes (*Progrès méd*, 16 mai 1891.)

Gluck (J.). — Traitement d'un accès de fièvre des foins, (*The med. Record*. 16 mai 1891).

Macnaughton Jones. — Du diagnostic différentiel du tintement d'oreille et de son pronostic (*The Lancet*, 16 mai 1891).

Maragliano. — Le pronostic de la pneumonie fibrineuse, (*La Riforma medica*, 24 mai 1891).

Philipp's (D.). — Traitement de la rhinite atrophique par l'ichtyol, (*The N.-Y. med. Journal*, 16 mai 1891).

Ramon de la Sota y Castra. — Trois cas d'origine gangréneuse primitive, (*Arch. inter. de laryngologia, otologia, rinologia*, mai-juin 1891).

Roskoten (O.). — Pneumonie abortive (*The N. Y. med. Record.*, 2 mai 1891).

Stanwell. — Notes sur une série de cas d'influenza (*The Lancet*, 16 mai 1891).

MÉDECINE ET CHIRURGIE D'ARMÉE

Arnould (J.). — Une petite épidémie de fièvre typhoïde à étiologie complexe, (*Revue d'hygiène*, 1891, p. 289).

Gouzieri. — Les vaccinations au Tonkin, (*Arch. de méd navale*, 1891, p. 150).

Kern. — Moyen de reconnaître la simulation de la surdité unilatérale. (*Deut Milit. Zeitschr.* 1891, p. 276).

Santi (de). — Cas de rhumatisme blennorrhagique récidivant (*Giornale méd. de R. esercito*, mars 1891, p. 418).

Schirmer — De la nature de l'héméralopie, (*Deut. méd. Woch.*, 1891, B. 3).

Simpson (J.). — Fracture de la clavicule par recul d'un fusil, (*Edinburgh med. Journal*, juin 1891, p. 1137).

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

PARIS. — IMP CHARL. SCI LASSER, 37, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE N° 26 24 JUIN 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, BÉCLÈRE, BROCQ, DEMELIN, DU CASTEL, GINGEOT, Charles MAURIAC, PICQUÉ, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

AVIS. — En raison des nombreux abonnements expirant *le 30 juin prochain*, l'Administration de la *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique* prie instamment nos souscripteurs de lui faire parvenir au plus tôt le montant de leur renouvellement et d'y joindre l'une des bandes du journal.

Prime à nos abonnés. — Pour ceux des abonnés actuels ou nouveaux, désireux de se procurer les **Mementos thérapeutiques des praticiens** (1er volume), le prix de ce volume est en leur faveur :

De **2 fr. 50** livré dans nos bureaux;

Et de **3 fr. 25** *à domicile* (franco de port et d'expédition).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Du traitement des adénites inguinales franches.

Les ganglions de l'aine sont avec ceux de l'aisselle et du cou le plus sujets aux inflammations aiguës, subaiguës ou chroniques.

Aboutissants des lymphatiques des membres inférieurs, de l'anus, des organes génitaux externes, de la paroi abdominale antérieure, ils s'enflamment sous l'influence d'agents infectieux, qui ont envahi les voies lymphatiques et sont venus s'y cantonner. Nous n'insisterons pas ici sur les adénopathies inflammatoires tuberculeuses et vénériennes pour ne nous arrêter qu'à celles qui sont produites par des agents pathogènes non spécifiques, tout en avouant qu'il est quelquefois bien difficile d'établir avant l'examen bactériologique la nature pathogénique exacte de la maladie. Les adénites inguinales non spécifiques se présentent sous trois physionomies bien différentes et tranchées.

Tantôt elles sont aiguës, concomitantes ou non d'une lymphangite. Elles se manifestent alors par un gonflement plus ou moins rapide, par de la tension, de la rougeur, de l'endolorissement, en même temps qu'éclate une fièvre plus ou moins vive.

L'évolution est plus ou moins rapide suivant les cas, et revêt presque toujours la forme classique bien connue des adénophlegmons. Il se forme, lorsque la résolution n'a pas eu lieu, un abcès qui s'ouvre spontanément ou est ouvert par le chirurgien, après quoi la plaie se cicatrise et il reste dans l'aine, pendant un temps plus ou moins long, une chaîne indurée dont le volume diminue peu à peu. Assez souvent, les choses ne se passent pas aussi simplement, il se forme de nouveaux abcès à côté de celui qui a été ouvert, ou bien l'orifice primitivement établi reste fistuleux, ou bien encore, l'ouverture successive d'abcès multiples transforme la région de l'aine en une véritable écumoire, dont les trous continuent à suppurer pendant des semaines et des mois jusqu'à complète cicatrisation des foyers abcédés.

Dans les cas subaïgus, tous les phénomènes du début sont atténués, l'évolution est bien plus lente, mais elle n'en aboutit pas moins au ramollissement, à la suppuration ganglionnaire et à la formation de foyers successifs et de fistules quand l'engorgement ganglionnaire ne se résout pas.

Quand l'adénite est chronique d'emblée, elle se manifeste par une simple hypertrophie ganglionnaire, sans douleur, ne produisant que de la gêne proportionnelle, pour ainsi dire, au volume de la masse engorgée. Elle peut devenir à un moment donné le siège d'une poussée aiguë ou subaiguë, qui peut elle-même se terminer par résolution ou suppuration.

L'anatomie pathologique donne la raison de ces suppurations prolongées, de ces fistules successives, qui suivent les adénites aiguës et subaiguës et condamnent à un repos prolongé ceux qui en sont atteints. Il paraît en effet nettement démontré que les microorganismes pathogènes, s'ils se cantonnent primitivement dans le ganglion où va se déverser le lympathique infecté, autrement dit dans le ganglion anatomique, peuvent se diffuser ensuite de proche en proche et infecter les ganglions voisins. Depuis que nous n'hésitons plus à enlever d'emblée tous les paquets ganglionnaires enflammés, dès que nous constatons des signes de suppuration diffuse, il nous a été donné de voir toujours dans ces cas de polyadénite, à côté du ganglion initialement atteint et suppuré, les autres présenter aussi de petits foyers de suppuration plus ou moins disséminés et destinés à devenir le point de départ de nouveaux abcès et de nouvelles fistules.

Quoi qu'il en soit, examinons quel doit être le traitement dans les différents cas qui peuvent se présenter.

1° *Adénites aiguës.* — Quand l'adénite est au début, que l'on peut en espérer la résolution parce qu'il n'y a encore aucun signe de suppuration, on mettra le malade au repos complet; on traitera bien entendu le point de départ de la maladie. Les révulsifs, au niveau de la masse tuméfiée, sous forme de vésicatoires volants, de pointes de feu, de badigeonnages de teinture d'iode seront combinés à une compression ouatée, modérée pour ne pas être douloureuse, qui aura le grand avantage d'immobiliser complètement la région malade. J'avoue ne pas avoir un

Digitized by Google

grand faible pour les onctions d'onguent napolitain belladoné qui souillent la région et ne sont pas sans provoquer de la douleur par les manipulations qu'elles exigent tout en étant souvent peu efficaces. Le traitement général variera bien entendu suivant les manifestations que présentera le malade (fièvre, état gastrique, etc., etc.)

Si la résolution ne s'opère pas, si les signes locaux et généraux indiquent la suppuration, quelle conduite faut-il tenir? Il faut lui donner issue, ne pas compter sur la résorption du pus et faire l'incision antiseptique de l'abcès formé. Avec le bénéfice de l'éthérisation ou de la cocaïnisation, après avoir fait une incision suffisante pour y pénétrer avec le doigt et rechercher tous les coins et recoins du foyer, il faut bien nettoyer les parois de la poche avec un tampon de ouate trempé dans une solution antiseptique d'acide phénique à 1/20e, voire même avec la curette tranchante, puis placer un drain debout et par dessus un pansement antiseptique. C'est là une manière de faire qui donne de bons résultats quand les lésions sont nettement limitées, que les dégâts sont peu considérables. Alors la température baisse, la tuméfaction diminue, la rougeur disparaît et, au bout de 8 à 10 jours, l'abcès est guéri. Heureusement c'est une marche assez fréquente dans les adénites franches aiguës de l'aine. Cependant, dans certains cas, l'on voit l'abcès rester fistuleux ; un nouvel abcès se produit à côté ou à une certaine distance de celui qui est encore ouvert ou en voie de cicatrisation ; c'est alors que pour éviter au malade les inconvénients d'une suppuration prolongée, nous n'hésitons pas à pratiquer l'ablation large au bistouri de toute la masse ganglionnaire inguinale en enlevant les parties de peau malade et en évitant autant que possible, par une désinfection préalable rigoureuse, de souiller le champ opératoire.

L'opération est conduite comme dans un cas d'extirpation de ganglions tuberculeux, en cherchant autant que possible à tout enlever sans crever des ganglions déjà abcédés.

Quand l'intervention a été bien conduite et que l'on est certain de l'asepsie de la plaie résultant de l'ablation, l'on fait la réunion par première intention avec drainage et l'on applique par dessus la plaie un pansement antiseptique compressif.

Quand, pour une raison ou pour une autre, l'on ne peut pas compter sur une bonne asepsie, l'on fait la réunion partielle et l'on tamponne le reste de la plaie avec de la gaze antiseptique iodoformée ou salolée. La guérison sera alors un peu plus longue, mais l'on aura une plus grande sécurité.

Il nous est arrivé deux à trois fois d'observer, après ces larges extirpations de ganglions suppurés, de constater un écoulement de lymphe, une vraie lymphorrhagie assez abondante pour mouiller le pansement et obliger de le renouveler plus fréquemment que d'habitude ; il n'a jamais persisté au delà de 5 à 6 jours, puis s'est tari spontanément.

L'on devra redoubler, dans ce cas, de précautions antiseptiques faciles à mettre en œuvre dans la région inguinale.

Nous préférons de beaucoup cette manière de faire à celle qui est conseillée généralement et qui consiste dans des injections irritantes, à la teinture d'iode, à l'éther iodoformé, au naphtol, à la cautérisation et au grattage des surfaces fongueuses et bourgeonnantes, etc.

Ces moyens peuvent amener la guérison, c'est vrai; mais nous savons tous au bout de combien de temps et au prix de quels ennuis dans bon nombre de cas.

2° *Adénites subaiguës.* — Les symptômes inflammatoires sont beaucoup moins accusés. Le patient se plaint de gêne de la marche, de douleurs, de petits élancements exaspérés par la fatigue. Les ganglions sont engorgés sans que l'on puisse constater encore de suppuration.

Dans cette forme, les moyens déjà proposés sont également recommandables. La résolution peut se produire sous l'influence des résolutifs, des révulsifs, de la compression et du repos. Assez souvent, cependant, on voit se produire des signes de suppuration, sans grands fracas; un ganglion se ramollit, devient fluctuant, pendant que les autres restent gros et douloureux à la pression. C'est alors qu'il est souvent difficile, pour peu que le sujet y prête, de ne pas songer à une tuberculose ganglionnaire lorsque la porte d'entrée de l'infection fait défaut ou passe inaperçue. L'incision et le curettage, suivi de la cautérisation à la teinture d'iode ou à la solution de chlorure de zinc au $\frac{1}{20^e}$ ont souvent raison des accidents locaux si le reste de la chaîne ganglionnaire n'est pas déjà envahie par la suppuration Dans cette dernière éventualité, plus fréquente que l'autre, et qui se manifeste par la formation lente de nouveaux abcès et de nouvelles fistules, nous préconisons encore l'ablation large de toute la masse ganglionnaire qui met fin, une fois pour toutes, à l'évolution pathologique et permet de guérir très rapidement le malade lorsqu'on a pu faire la réunion par première intention. Dans ces cas, l'ablation est une opération facile, bénigne et très efficace.

3° *Adénites chroniques.* — L'adénite chronique proprement dite est fréquente dans la région inguinale. Les membres inférieurs, les organes génitaux sont en effet le siège fréquent d'éruptions et autres lésions qui amènent et entretiennent l'irritation chronique de ganglions, qui s'hypertrophient, s'indurent sans s'enflammer d'une façon proprement dite.

Contre ces engorgements si souvent confondus avec la tuberculose, le cancer, le lymphadénome, il faut d'abord instituer un traitement rationnel de la cause qui les entretient. Cela fait, si les ganglions ne diminuent pas sous l'influence des révulsifs, des onctions résolutives et sont une cause de gêne permanente, nous n'hésitons pas à conseiller encore l'extirpation. Nous n'avons, pour notre part, jamais obtenu de bons résultats des injections interstitielles variées d'éther iodoformé, de naphtol camphré, de teinture d'iode, au moins dans la région inguinale.

Dr E. Schwartz.
Professeur agrégé à la Faculté,
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

Digitized by Google

CLINIQUE MÉDICALE

La goutte du poumon

par M. le Dr Ernest Barié
Médecin des hôpitaux de Paris

Parmi les manifestations morbides si complexes, qui caractérisent la goutte viscérale, celles qui se localisent dans les voies respiratoires ont été les moins étudiées, bien que les anciens auteurs aient signalé toute une série d'affections bronchopulmonaires imputables à la goutte.

De toutes ces affections, l'*asthme* est la mieux connue. En pareil cas, le tableau clinique est généralement le suivant : un goutteux, au moment où la fluxion articulaire périodique devait éclater, est pris d'un accès, ou d'une série d'accès d'asthme plus ou moins violents, et les accidents articulaires locaux ne se montrent pas. Garrod en a rapporté un exemple curieux, qui montre bien les rapports étroits qui existent entre ces diverses manifestations et la curieuse faculté qu'elles possèdent de se suppléer mutuellement.

Un malade auquel j'ai donné des soins, dit-il, souffrait d'une dyspnée intense qui le mettait dans l'impossibilité de se coucher, il était en même temps tourmenté par une toux rude et sèche, les moyens habituellement usités en pareil cas, tels que ventouses scarifiées, révulsifs, expectorants, etc., avaient à peu près complètement échoué. Au bout de quelques jours, les symptômes thoraciques s'évanouirent tout à coup et firent place à la goutte articulaire, qui occupa d'abord le gros orteil gauche et ensuite le genou ; j'ai eu l'occasion, dit-il en terminant, d'observer plusieurs cas du même genre. Trousseau a vu un malade chez lequel des attaques goutteuses alternaient très régulièrement avec des accès d'asthme : tantôt des manifestations goutteuses se succédaient, tantôt c'étaient des accès d'asthme ; d'autres fois une attaque de l'une survenait après une attaque de l'autre, mais jamais le malade n'eut, à la fois, goutte articulaire et asthme. Plus tard, Vigla et Patissier ont noté des faits analogues.

L'asthme peut encore apparaître comme première manifestation de la goutte, sous l'influence de l'hérédité surtout chez les jeunes enfants. Bien plus, ceux-ci peuvent montrer les stigmates manifestes de la goutte de leurs aïeux, avant même que leur propre père ait eu son premier accès de goutte. M. Potain, nous a dit souvent avoir observé, dans une famille, un enfant asthmatique, qui présenta pendant plusieurs années une série d'accès des plus nets avant que son père ait eu encore le moindre trouble goutteux. Mais un jour, celui-ci, qui était marin, se fit une entorse, et ce traumatisme fut alors le point de départ d'une série d'attaques de goutte.

En dehors de l'asthme, les goutteux présentent encore d'autres manifestations morbides du côté des voies respiratoires ; ce sont le catarrhe des bronches, la pleurésie, la congestion pulmonaire.

La *bronchite* des goutteux revêt de préférence les caractères habituels de cette affection que Laennec a décrits sous le nom de catarrhe sec. Les malades accusent une sensation de poids, de chaleur, de brûlure assez vive, siégeant derrière le sternum : la toux est tenace, déchirante, accompagnée d'une expectoration peu abondante, visqueuse et gluante.

Ainsi qu'on l'a remarqué avec raison, cette bronchite diathésique ne survient guère que chez les malades atteints depuis longtemps de manifestations goutteuses c'est à-dire ceux qui sont de longue date en puissance de goutte. Elle se présente sous forme d'accès plus ou moins tenaces en dehors de toute influence saisonnière, en été, par exemple : il n'est pas rare de voir le catarrhe sec et ses râles sibilants se compliquer de phénomènes d'auscultation, indiquant que la sécrétion des bronches est plus abondante et moins fluide : on trouve alors à l'auscultation des râles humides, muqueux, sous-crépitants en plus ou moins grande abondance. Quoiqu'il en soit, cette bronchite goutteuse, par sa ténacité, sa longue durée et ses retours offensifs, est suivie peu à peu par l'emphysème, avec ses accidents dyspnéiques si intenses, dont le développement est prématuré chez la plupart des individus en possession de goutte manifeste.

D'après Garrod, la plèvre peut être affectée dans la goutte ; il se produirait alors une *pleurésie sèche* plus ou moins étendue. Cette manifestation goutteuse paraît être assez rare, et en tous cas, a été mal étudiée jusqu'ici. Il n'en est pas de même d'une autre affection des voies respiratoires imputable à la goutte, nous voulons parler de la *congestion pulmonaire*.

Cette fluxion pulmonaire éclate généralement, sans cause appréciable, sans que le malade se soit refroidi, et le plus souvent au moment où le gonflement du gros orteil diminue. Elle est caractérisée par de l'obscurité du son, avec affaiblissement du murmure vésiculaire siégeant à la base du poumon, avec souffle doux, exagération sensible des vibrations thoraciques et bronchophonie légère. Mais cette congestion pulmonaire, que l'on prend fréquemment, par erreur, pour une pleurésie, présente ce caractère, non pathognomonique, mais très intéressant, d'apparaître rapidement et de disparaître avec la même rapidité.

Les fluxions pulmonaires, d'origine goutteuse, prennent, dans d'autres circonstances, des formes cliniques d'un caractère plus sérieux. On observe alors des spléno-pneumonies, des broncho-pneumonies bâtardes, avec fièvre intense, expectoration de crachats visqueux adhérant au fond du vase, non colorés, mais présentant plutôt l'aspect du blanc d'œuf battu en neige. Ces pneumonies goutteuses n'ont aucune marche régulière, ni cyclique ; leur durée est variable, et on peut dire que l'irrégularité extrême est ce qui caractérise surtout leur évolution clinique.

Ces pneumopathies goutteuses, à marche aiguë ou tout au moins subaiguë, ne sont point les seules qu'on observe ; chez certains goutteux, on voit quelquefois se développer lentement et progressivement, aux deux bases des poumons, un processus congestif caractérisé à l'auscultation par des foyers de râles sous-crépitants, à bulles assez fines, ressemblant beaucoup aux râles

Digitized by Google

crépitants de retour de la pneumonie ; ces signes physiques peuvent persister pendant un temps beaucoup plus long que celui de la défervescence de la période de résolution de la pneumonie. Il ne saurait donc y avoir aucune confusion possible entre les deux maladies.

Mais il existe encore une autre variété de pneumopathie goutteuse à forme chronique, dont le pronostic demande de la part du clinicien la plus extrême réserve. Chez certains goutteux, souvent héréditaires, on constate l'apparition de *congestion pulmonaire au sommet du poumon*; la maladie se caractérise par de la toux opiniâtre avec expectoration rosée, sanguinolente; la fièvre existe, mais elle est modérée. A l'exploration du thorax, on note une diminution de la sonorité, avec affaiblissement sensible du murmure vésiculaire, et expiration prolongée ; il n'existe ni souffle ni râles. Ces symptômes, qui avaient tout d'abord inquiété le médecin, et lui avaient fait redouter l'apparition d'une tuberculose pulmonaire au début, persistent seulement pendant plusieurs semaines, puis ils s'atténuent peu à peu, et finissent par disparaître entièrement. Mais ce n'est là qu'une fausse sécurité, car l'année suivante on constate le retour des mêmes accidents ; mais, cette fois, ils persistent pendant un temps beaucoup plus long, et il en est ainsi pendant quatre, cinq, six années consécutives, toujours avec des périodes de rémission plus ou moins longues et durables, mais toujours, aussi, avec des retours offensifs, de plus en plus tenaces et persistants. Cependant, de nouveaux signes stéthoscopiques apparaissent, on entend quelques craquements secs, la respiration est rude, presque soufflante, l'expiration prolongée, la matité nette et définitive. Il est hors de doute qu'on se trouve, dans ce cas, en présence d'une tuberculose pulmonaire manifeste, dont l'évolution fatale va se poursuivre ultérieurement avec plus ou moins de rapidité.

Quant au mode pathogénique de cette tuberculose arthritique, il faut avouer que nous ne le connaissons guère, et on en est réduit, le plus souvent, à de simples conjectures. Quoiqu'il en soit, au point de vue clinique, il est important de bien connaître ces faits intéressants, et de savoir que chez le goutteux héréditaire, il se produit parfois au sommet des poumons, des poussées congestives qui disparaissent au bout d'un certain temps, mais il ne faut pas se hâter de croire à une guérison définitive, les accidents peuvent reparaître l'année suivante et aboutir à une tuberculose avérée et fatale.

Telles sont, en quelques mots, les manifestations de la goutte viscérale du côté du poumon. Mais, quelles preuves pouvons-nous donner que cet asthme, ce catarrhe bronchique, cette congestion pulmonaire, sont réellement de nature goutteuse? Pour le prouver d'une façon péremptoire, il faudrait montrer la présence de l'acide urique dans le poumon, de même qu'on le rencontre sous forme de dépôts, au niveau des articulations malades, et même quelquefois dans l'épaisseur de la valvule mitrale ou à la face interne de l'aorte. (Landerer a signalé un de ces derniers cas, et plus tard Bence Jones et Bramson disent avoir rencontré de l'acide urique dans les concrétions de l'aorte thoracique, chez les goutteux. Au sujet du cœur, Labstein (1833) cite un cas dans lequel des plaques ostéoformes contenues dans l'épaisseur de la mitrale, étaient composées de phosphate et d'urate de chaux et de soude. Samuel Edwards (1850) aurait observé un fait du même genre). Quant à la présence de l'acide urique dans le poumon, elle a été bien rarement signalée et je ne connais guère à ce sujet que l'affirmation de Bence Jones, qui dit avoir rencontré, chez un goutteux, des dépôts d'urate de soude cristallisé, dans la paroi des tuyaux bronchiques (1856). Cependant il arrive fréquemment en clinique que la nature goutteuse de certaines affections viscérales ne fait doute pour personne alors même qu'il serait impossible d'y rencontrer aucun dépôt uratique. Mais enfin, dira-t-on, peut-on observer des manifestations de nature goutteuse, vers les poumons, sans rencontrer de l'acide urique dans le sang, appréciable par le procédé dit du fil de Garrod? Il est bien délicat de répondre à une semblable question, cependant chez un malade qui présentait des accidents pulmonaires que M. Potain regardait comme étant de nature goutteuse, l'examen chimique du sérum sanguin n'y fit découvrir aucune trace d'acide urique; néanmoins le malade présenta plus tard des accès aigus de goutte articulaire la plus manifeste. Ce fait est très instructif, et montre que la nature goutteuse de ces pneumopathies sera établie, bien plutôt par un examen clinique complet et rigoureux, que par une analyse chimique dont les résultats sont trop souvent incertains.

J'ai peu de choses à dire du traitement des pneumopathies goutteuses : s'il s'agit d'un cas d'asthme, on traitera d'abord celui-ci suivant la thérapeutique habituelle des accès, c'est-à-dire par les préparations *antispasmodiques*, les iodures, les inhalations de pyridine, la lobélie, l'éther, les solanées vireuses et les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine, si l'état des reins le permet.

La congestion pulmonaire sera justiciable des moyens ordinaires de traitement des hypérémies du poumon : vomitifs, révulsifs thoraciques : sinapisation, ventouses sèches répétées ou scarifiées, même dans les cas franchement aigus. La saignée trouverait surtout ses applications dans les cas d'une intensité menaçante.

Dès qu'on aura fait face aux indications urgentes du traitement des pneumopathies, il faudra faire intervenir dans la suite la thérapeutique spéciale qui s'adresse à la goutte elle-même. Dans ce but on s'adressera aux nombreuses préparations de colchique, qui forment la base du traitement antigoutteux. On prescrira de préférence la teinture de semences, ou le vin de colchique. Une excellente préparation consiste à associer les semences pulvérisées au sulfate de quinine et à l'extrait de digitale, et à faire du tout, des pilules dont on donne 2 à 3 par jour.

Il est bon également d'insister sur le régime alimentaire du goutteux, qui doit être modérément animalisé, et exempt d'épices, de liqueurs et de vins généreux. L'usage modéré de quelques eaux minérales comme Vichy, Royat, Santenay, Saint-Nectaire ou Carlsbad complètera très heureusement le traitement de ces pneumopathies d'origine goutteuse.

Digitized by Google

REVUE GÉNÉRALE

MALADIES DES ENFANTS

De l'asthme infantile.

Pendant longtemps on a cru que l'enfance était à l'abri de l'asthme dont on faisait seulement l'apanage de l'âge adulte et de la vieillesse. Ce n'est guère que dans la seconde moitié de ce siècle que les cas d'asthme furent recueillis et observés chez l'enfant et parmi les auteurs qui sur ce point attirèrent les premiers l'attention nous devons citer Hyde Salter à Londres, Trousseau en France : depuis, les cas observés se sont multipliés, et la question a été récemment bien étudiée dans deux importantes monographies, l'une de Moncorvo de Rio de Janeiro, l'autre de Blache (1).

Nous examinerons surtout ici l'asthme infantile au point de vue clinique et thérapeutique, nous réservant de passer rapidement sur toutes les discussions pathogéniques auxquelles il a pu donner lieu.

I. L'asthme infantile, assez commun dans les pays chauds, n'est pas d'une très grande fréquence dans nos climats tempérés. On l'observe le plus souvent entre la première et la deuxième année, rarement dans un plus jeune âge : à l'inverse de l'asthme de l'adulte et du vieillard il atteint également les deux sexes, tandis que chez ces derniers il est plus souvent observé dans le sexe masculin. La question des races ne semble pas avoir d'influence sur son développement, car on le trouve aussi bien dans la race blanche que dans la race nègre. Au contraire l'hérédité de l'asthme est discutée : admise sans conteste par Hyde Salter et par Jaccoud, elle est niée par G. Sée ; Moncorvo n'y croit guère, non plus que Descroizilles (2) qui a publié deux observations récentes sur ce sujet.

Si nous passons maintenant à l'examen des causes qui favorisent l'apparition de l'asthme infantile, nous voyons qu'elles peuvent tenir soit à une excitation centrale du bulbe, soit à une excitation périphérique par voie véritablement réflexe.

Parmi les causes d'origine centrale, Moncorvo fait jouer un grand rôle à l'irritabilité excessive que produit chez les enfants toute la série des troubles gastriques ou nerveux qu'ils peuvent présenter : c'est plutôt un état névrosique qu'une véritable lésion qui produirait l'asthme dans ces cas. A cette classe d'asthme appartiennent les asthmes toxiques et uricémiques décrits par Walsh et Todd, l'asthme saturnin, l'asthme paludéen très fréquent d'après Moncorvo, l'asthme herpétique, l'asthme syphilitique, et l'asthme goutteux, dont Trousseau seul aurait vu un exemple.

Les asthmes réflexes sont de beaucoup les plus nombreux : ils tirent leur origine d'une excitation périphérique, et reconnaissent comme point de départ une modification quelconque du tégument cutané ou du tube digestif, et on a décrit successivement l'asthme nasal, l'asthme pharyngien, l'asthme amygdalien, l'asthme gastrique et l'asthme cutané.

L'asthme nasal, symptomatique d'une affection quelconque de la pituitaire, généralement d'une rhinite hypertrophique, se manifeste de préférence à certaines époques de l'année, surtout pendant l'été, ce qui lui a valu de la part de certains auteurs le nom d'asthme des foies.

L'asthme amygdalien, causé quelquefois par une simple hypertrophie amygdalienne, l'est le plus souvent par l'existence de végétations adénoïdes dans le pharynx.

Parmi les causes de l'asthme cutané on peut citer toutes les dermatoses de l'enfance, surtout l'eczéma, le prurigo de Hébra et l'impétigo.

Quant à l'asthme gastrique il succède en général à un simple embarras gastrique ou à une gastro-entérite.

II. *Le début* de l'asthme infantile peut être absolument brusque ; aucun prodrome ne précède à l'attaque qui ressemble à l'attaque d'asthme de l'adulte : ce mode de début est assez rare. D'autrefois, comme l'ont indiqué Moncorvo, Lancereaux et Sandras, le début est marqué par une longue période prodromique dans laquelle l'enfant présente tous les signes de la syphilis héréditaire.

Parfois le début est marqué par un refroidissement, et dans ce cas, généralement, l'enfant est surpris au milieu de la nuit : l'attaque d'asthme peut débuter le jour, et même, d'après Paule Bert (1), ce serait toujours la règle, l'asthme infantile diurne se différenciant par ce caractère de l'asthme de l'adulte, toujours nocturne.

Quel que soit le mode de début, l'enfant réveillé en sursaut, gêné dans sa respiration, se lève sur son séant, il cherche à s'échapper de son lit, demande à être promené dans la chambre, met en jeu toutes ses forces inspiratoires ; le thorax reste immobile pendant l'inspiration, l'expiration au contraire se fait par saccades plus ou moins éloignées les unes des autres, et s'accompagne d'une toux sèche et pénible : il n'est pas rare d'observer une fréquence extrême des mouvements respiratoires pendant la dyspnée. L'agitation, manifeste chez tous les enfants, l'est plus encore chez les plus jeunes, qui, succombant en apparence à l'asphyxie, font des efforts désespérés pour faire entrer un peu d'air dans leur poitrine. La face est bouffie et livide, les narines entrouvertes, les yeux saillants et larmoyants : les extrémités se cyanosent, la peau se recouvre de sueurs profuses, le pouls devient petit et lent ; la terminaison fatale paraît imminente, et tout d'un coup les phénomènes cèdent, l'accès est terminé : cette fin si rapide de l'accès est marquée souvent par une abondante émission d'urines.

Si l'on percute le petit malade pendant l'attaque, on trouve la sonorité normale du thorax augmentée : l'auscultation dénote la présence de râles sibilants en général assez fins, puis de râles muqueux accompagnés de râles sonores.

A la fin de l'accès, quand la dypnée cesse, on voit tous les autres symptômes diminuer d'intensité pour dis-

(1) Moncorvo. De l'asthme dans l'enfance et de son traitement, 1888. — Blache, Etude sur l'asthme chez les enfants, 1890

(2) Descroizilles. Deux cas d'asthme infantile. (*Revue des maladies de l'enfance*, 1889).

(1) Paule Bert. L'asthme essentiel chez les enfants. (*Thèse de Paris*, 1890).

Digitized by Google

paraître complètement au bout d'un temps plus ou moins long. La toux, sèche et pénible au début, devient plus grasse, puis disparaît au bout de quelques jours. La respiration devient plus régulière, et c'est à peine s'il persiste les jours suivants un peu de dyspnée. On n'observe jamais, comme chez l'adulte, une expectoration abondante de liquide très épais et très filant, se produisant à la fin de l'accès : on ne l'a rencontrée que très rarement chez des enfants atteints à la fois d'asthme et de coqueluche.

A côté de cette forme typique d'asthme infantile il peut en exister d'autres. C'est ainsi qu'on peut voir, rarement il est vrai, les signes très peu accusés. Chez les tous jeunes enfants l'affection peut revêtir l'aspect du spasme de la glotte; dans ces cas cependant le spasme respiratoire est peu accusé, et les mouvements respiratoires, après s'être considérablement ralentis, deviennent accélérés et rythmiques. D'autres fois, au contraire, l'asthme revêt l'allure d'une pneumonie ou d'une broncho-pneumonie : on entend des râles sous-crépitants plus ou moins nombreux, confluents ou disséminés, des râles sonores et des râles sibilants dans toute la hauteur du poumon ; la température est élevée, et si l'attaque d'asthme coincide avec l'existence d'une fièvre palustre, l'affection ressemble à une broncho-pneumonie : elle pourra encore simuler cette dernière, si elle évolue sur un petit malade déjà atteint de bronchite chronique.

Que l'asthme revête l'une ou l'autre de ces formes, sa marche chez l'enfant est en général la suivante : il peut n'exister qu'une seule attaque isolée qui disparaisse au bout de quelques heures, quelquefois au bout d'un jour : parfois au contraire on voit les accès se répéter plusieurs jours de suite avec des rémissions de durée variable.

En se répétant ainsi, ces accès d'asthme finissent par amener un emphysème pulmonaire, toujours d'ailleurs très limité ; aussi l'asthme infantile est-il une affection bénigne dont les complications sont rares. Le pronostic ne devient un peu moins favorable que chez les sujets atteints antérieurement d'une lésion des voies respiratoires, et alors on peut craindre chez eux l'évolution des accidents cardio-pulmonaires auxquels l'asthme infantile ne paraît pas prédisposer d'une façon normale.

(*A suivre.*) L. Renon.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

MÉDECINE

Des inflammations diphtériques et diphtéroïdes, par MM. Welch, Abbott et Prudden — Les auteurs ont pratiqué l'examen bactériologique et la culture des produits de huit cas de diphtérie primitive. Ils ont toujours observé le bacille de Klebs-Lœffler et ont pratiqué des inoculations fertiles (*Bul. of the Johns Hopkins Hosp.* t. II, p. 11. 1891.

Les cobayes succombèrent vers le cinquième jour, sans généralisation bacillaire. Les lapins qui survécurent plus longtemps accusèrent des paralysies, des tremblements et des irrégularités respiratoires. Localement sur la muqueuse trachéale dénudée, le bacille produisait une trachéite membraneuse et de l'œdème.

La valeur diagnostique de ce microbe est considérable dans tous les cas. De plus le streptocoque se rencontre avec lui, souvent, mais non constamment. Dans l'opinion de ces observateurs, la plupart des complications de la maladie seraient souvent dues à une infection secondaire soit par le streptocoque, soit par d'autres microbes.

M. Prudden (*N. Y. Med. Record*, 18 avril 1891), a trouvé le bacille de Loffler dans 11 cas sur 12 de diphtérie non compliquée. Dans une série de 24 cas, il a trouvé 22 fois le streptocoque. La plupart des malades appartenaient à des établissements où la rougeole et la scarlatine faisaient des victimes. Ces résultats sont à comparer avec les observations de Welch et Abbott. S. R.

Gangrène symétrique des extrémités, par M. Wedensky. — Chez un malade mort d'une gangrène symétrique l'examen microscopique très soigné montra que la moelle épinière, les racines des nerfs spinaux, les ganglions du nerf sympathique ainsi que les vaisseaux des extrémités atteintes étaient normaux (*Meditzina*, 1891, n° 10).

Par contre les nerfs periphériques, surtout les petits rameaux étaient atteints d'une névrite parenchymateuse ou dégénérative; c'étaient surtout les nerfs tibiaux qui étaient modifiés.

L'auteur pense que l'étiologie de la névrite est l'infection (fièvre typhoïde), parce que dans presque tous les cas d'asphyxie locale, on peut la noter comme antécédents. M. R.

OPHTALMOLOGIE

Du traitement du décollement de la rétine, par MM. Webster, Emerson et Pomeroy. — Trois mémoires, relatifs à cette question, ont été publiés par chacun de ces observateurs et à la même date (*New York Med. Journal*, 21 mars 1891).

M. Webster intervient chirurgicalement, dissèque la conjonctive oculaire et ponctionne la sclérotique et la choroïde avec le couteau à cataracte dans un point correspondant au détachement rétinien. Ces manœuvres sont pratiquées après l'instillation de pilocarpine et procurent une amélioration immédiate.

M. Emerson a réuni une série de vingt et un cas heureux, où le traitement consista seulement dans le repos et les injections de pilocarpine. C'étaient ceux de décollements récents et survenus chez de jeunes sujets.

Enfin M. Pomeroy, rapporte, à la faveur de cette même médication, un cas où le succès fut aussi complet. Toutefois, il ne faut point oublier que de tels succès ne sont souvent que passagers et que le repos, les bandages et la pilocarpine sont loin de remplacer les injections iodées et les autres moyens de provoquer des adhérences inflammatoires définitives entre la rétine et la choroïde. S. R.

OTOLOGIE

La toux auriculaire, par M. C. Compairet. — Cette observation est celle d'un individu qui se plaignait d'une toux sèche et par accès se répétant le jour et la nuit. Il accusait en même temps une douleur mastoïdienne droite (*Bollet. delle mal. dell'orecchio, gola et naso*, 1891, mai).

On examina inutilement les fosses nasales, le pharynx, le larynx, les poumons et le cœur. Après onze mois on explora l'oreille droite, où on trouva un corps étranger, au fond du conduit auditif interne. Après l'extraction de ce corps étranger, le malade fut guéri. M. Compaired considère ce fait comme un cas de toux auriculaire. S. R.

Du lysol dans les maladies de l'oreille, par M. Hang. — Le lysol est un liquide clair, oléagineux, résultant de la saponification du crésol et de la distillation du goudron. On l'a recommandé comme antiseptique et c'est à ce point de vue que l'auteur l'a mis à l'essai dans la thérapeutique auriculaire (*Munch. Med. Woch.*, 17 mars 1891).

Contre l'otorrhée, il a employé des irrigations avec la solu-

Digitized by Google

tion au centième et aux deux centièmes. Plus fortes, ces solutions sont irritantes.

Dans les inflammations du méat et du tympan, on fait précéder ces irrigations par l'instillation de quelques gouttes de la solution suivante.

Hydrochlorate de cocaine...	1 gramme.
Alcool	} ãã 5 grammes.
Eau distillée	

Contre l'otomycose, on instille dans le conduit auditif et on y fait séjourner pendant dix minutes et deux fois par jour quelques gouttes d'une solution alcoolique de lysol :

Lysol.....	5 grammes.
Alcool....	100 grammes.

Comme moyen de pansement, on dispose encore de la gaze au lysol obtenue au moyen du liquide suivant :

Lysol.....	2 à 5 grammes.
Eau distillée	50 grammes.
Alcool.....	} ãã 25 grammes.
Glycérine	

Comme médication complémentaire en otologie, signalons les gargarismes obtenus par le mélange, dans un demi-verre d'eau, d'une cuillère à café d'une solution de lysol à trois pour cent, contre les angines, et les irrigations nasales, avec une solution très faible de lysol. Ces gargarismes et ces irrigations sont désagréables en raison de la saveur du lysol. S. R.

THÉRAPEUTIQUE

Du traitement de la syphilis des centres nerveux par les injections de perchlorure de mercure, par M. Hale White. — Dans les syphiloses du système nerveux, il y a indication d'agir rapidement. On s'explique ainsi le succès de la balnéation et des injections mercurielles, telle est la supériorité des injections hypodermiques des sels de ce même métal, (*The lancet*, 6 juin 1891.)

M. White pratique ses injections dans la région fessière. Préalablement il injecte comme moyen anesthésique, un demi-centigramme de morphine dans la masse musculaire. Puis, séparant l'aiguille de la seringue, il remplace cette dernière par une autre seringue contenant la solution de perchlorure de mercure à raison de un demi-centigramme. Pas de douleurs, écrit-il, point d'induration consécutive. On répète quotidiennement les injections que l'on cesse seulement quand la salivation se produit.

Ce procédé thérapeutique permettrait d'obtenir sans inconvénient une rapide mercurialisation des malades. Il le recommande à la fois contre les cérébro-syphiloses et contre les dermato-syphiloses. S. R.

De l'action thérapeutique du salicylate double de théobromine et de soude, par M. Gersler. — Pour étudier cette action, l'auteur a administré ce sel à un indivtdu en état de santé, à quatre cardiaques, à deux brightiques et à un cirrhotique à la dose de 75 centigrammes par jour (*Berliner Klin. Woch.*, 13 et 17 avril 1891.)

Il a constaté que ce sel abaisse la pression sanguine, contrairement aux idées de Gram et Koritshoner, qu'il est un diurétique et surtout un tonique cardiaque, très utile contre les lésions valvulaires. Par contre, il agit peu si le muscle cardiaque est lésé.

La puissance diurétique est plus grande dans la néphrite aiguë que dans la néphrite chronique; il provoque alors une augmentation de la diurèse et la disparition des œdèmes sans modifier l'albuminurie, Pas d'action dans les cas de cirrhose hépatique : somme toute, ce serait un diurétique cardiaque.

S. R.

Emploi du pelargonium contre la coqueluche, par M. E. Britto. — Ce sont les feuilles de ce végétal que l'auteur recommande après les avoir prescrites avec succès dans cinq cas de coqueluche chez des enfants âgés de un à cinq ans (*O Brazil médico*, 8 mai 1991.

On peut les formuler ainsi :

Feuilles de pelargonium	10 à 12 grammes.
Eau bouillante	500 grammes.

Faire une infusion que l'on administre dans les vingt-quatre heures par doses de 60 grammes.

On peut aussi préparer un sirop de pelargonium. Les effets thérapeutiques consistent dans la diminution rapide des accès ; en intensité d'abord, en nombre ensuite. La toux perd le caractère coquelucoïde pour prendre celui d'une bronchite qui persiste durant plusieurs jours.

C'est une médication à essayer prudemment, d'autant plus que la composition élémentaire de ce végétal est mal connue.

S. R.

OBSTÉTRIQUE D'URGENCE

Extraction de la tête dernière. (1)

Il ne nous reste plus à étudier que l'extraction de la tête devant passer dernière à travers un détroit supérieur rétréci par le rachitisme. C'est la seule forme de déformation squelettique que nous étudierons ; c'est d'ailleurs de beaucoup la plus fréquente.

En présence d'un diamètre antéro-postérieur rétréci, la tête fœtale arrivée au détroit supérieur, tend à s'accommoder avec lui, elle se place *transversalement, puis elle glisse d'un côté à l'autre*, de manière que l'occiput se rapproche autant que possible de la paroi latérale du pelvis qu'il regarde ; en troisième lieu, si le diamètre bipariétal est encore trop grand, malgré ces artifices, pour passer *d'aplomb*, la tête *s'incline* ; son pariétal postérieur s'abaisse ou se présente le premier ; et on reconnait ce phénomène à la situation de la suture sagittale qui est tout près du pubis, et tout contre lui ; ensuite, le pariétal antérieur descend à son tour ; c'est-à-dire que la suture sagittale s'éloigne du pubis pour se rapprocher du promontoire ; les deux bosses pariétales, extrémités du diamètre fœtal qui les réunit, passent donc l'une après l'autre, et l'obstacle est franchi.

Tel est le mécanisme spontané. Il faut l'imiter dans l'accouchement artificiel par la version. Les règles de l'extraction de la tête à travers le détroit supérieur rétréci ont été bien établies par M. Champetier de Ribes. Voici comment M. Budin les résume :

« 1° Placer la tête transversalement au détroit supérieur.

« 2° Fléchir l'extrémité céphalique en mettant un ou deux doigts dans la bouche de l'enfant et refouler la nuque d'un côté du bassin, de façon à l'appliquer sur la ligne innominée.

« 3° Exercer des tractions sur les épaules et sur le maxillaire inférieur. Si la tête ne descend pas, on ne

(1) Fin. Voir : *Revue de clinique et de thérapeutique*; 21 janvier 4 et 13 mai 1891.

Digitized by Google

doit pas se borner à ces tractions sur les épaules et sur le maxillaire inférieur.

« 4° Il faut s'efforcer d'obtenir que la tête double le promontoire. Pour cela: *a*) on incline d'abord l'extrémité céphalique sur son pariétal postérieur, en relevant le tronc et en refoulant avec la main, qui est à cheval sur les épaules, le cou de l'enfant en avant, vers le pubis ; *b*) puis on appuie sur le cou avec l'index de la même main, mais en pressant d'avant en arrière. Le diamètre transverse de la tête franchit alors le détroit supérieur.

« 5° On a recours à l'expression à travers la paroi abdominale; un aide appuie sur la région frontale du fœtus et suivant l'axe du détroit supérieur; il fléchit ainsi la tête, appuie la nuque sur la ligne innominée et contribue à l'engagement.» (Budin). Une fois la tête dans l'excavation, on terminera l'extraction comme nous l'avons dit plus haut, par la manœuvre de Mauriceau.

Quelques mots, pour terminer, sur la conduite à tenir lorsque la tête reste *seule* dans l'utérus, après une décollation par exemple. Comment pratiquer alors l'extraction ?

Il faut introduire une main tout entière dans l'utérus; l'autre main, placée sur la paroi abdominale, soutient solidement le fond de l'organe. On cherche la bouche du fœtus ; on y introduit l'index et le médius, pendant que le pouce prend point d'appui sur la région sous-mentale. On tire alors dans l'axe de l'excavation. Il faut tirer doucement, lentement ; si on éprouve de la difficulté, c'est que la tête se présente mal au détroit supérieur ; il faut alors la faire évoluer légèrement, la faire tourner, de manière que ses grands diamètres répondent aux grands diamètres du bassin, etc. On réussira ainsi le plus souvent.

Par exception, la tête glisse, s'échappe, et on ne peut pas saisir le maxillaire inférieur. Il faut alors faire fixer cette tête par un aide qui la maintient à deux mains à travers la paroi abdominale, et tenter une application de forceps. Le placement des branches et l'extraction seront alors souvent difficiles.

Si le bassin est rétréci, et s'il y a disproportion entre ses dimensions et celles de l'ovoïde céphalique, il faudra le réduire, soit par la perforation, soit par la basiotripsie.

Ces opérations sont délicates parce que la tête restée dernière est très mobile dans l'utérus et difficile à fixer.

La perforation doit se faire en des points particuliers: par la bouche, elle est très laborieuse ; car la voûte palatine et l'apophyse basilaire résistent énergiquement : les points d'élection sont la voûte du crâne, le front et l'orbite. J'ai eu l'occasion de voir faire des opérations de ce genre par mon maître, M. Maygrier, et avec un plein succès. M. Maygrier s'est d'ailleurs occupé de cette question, et c'est le fruit de son enseignement que je rapporte ici.

La perforation peut être faite soit entre les cuillers du forceps déjà placé, soit comme premier temps de la basiotripsie.

Une fois le perforateur introduit dans la cavité crânienne, l'extraction deviendra souvent facile à terminer soit avec la forceps, soit avec le basiotribe.

Dr Demelin.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

MÉDECINE

De la conduite à tenir dans le traitement de l'angine couenneuse.

En 1888, il y aura bientôt trois ans, dans un mémoire sur les règles générales à observer dans le traitement de la diphtérie, je formulais, en manière de conclusions les deux indications thérapeutiques suivantes : 1° l'urgence d'une *médication locale parasiticide et précoce* ; 2° la nécessité d'une *médication générale antiseptique et neutralisante* du poison diphtéritique (1).

Ces indications sont légitimées à nouveau par des travaux récents, au nombre desquels il faut placer au premier rang les expériences de MM. Roux et Yersin et le mémoire de M. Barbier. Des expériences de laboratoire et des observations cliniques, celles-ci, heureuse circonstance, en accord avec celles-là, donnent au thérapeutiste et à l'hygiéniste des renseignements d'autant plus précieux qu'ils sont utilisables dans la pratique.

La diphtérie, notion fondamentale à retenir, a définitivement rang parmi les *maladies à microbe* ; c'est, aujourd'hui, vérité banale.

Son agent spécifique, le microbe de Klebs Lœffler, possède une *vitalité* extrême. Cette vitalité donne le secret de sa résistance aux agents nécrophytiques, de sa puissante pullulation et de la longue durée de sa virulence.

Il a les *fausses membranes pour habitat exclusif*. Il y pullule, y forme des foyers et y sécrète des toxines, encore chimiquement mal connues, mais dont la pénétration dans l'organisme produit, entre autres effets redoutables, des altérations du sang, l'anémie et des paralysies.

Au demeurant : fait clinique dont l'importance n'a point besoin de démonstration, la diphtérie commence par la formation d'un foyer infectieux. *D'emblée et au début*, elle est une maladie *infectieuse locale*, et à cette période, conséquence thérapeutique heureuse, un traitement local énergique peut en modifier le processus morbide, à condition d'être nécrophytique, de circons-

(1) Ch. Eloy. Les indications générales du traitement de la diphtérie (*Gazette Hebdomadaire* 1888, p 558, n° 42).

(2) Roux et Yersin. (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1889). Barbier (*Arch. de méd. expér.*, mai 1891). Voir aussi au sujet de la pathogénie de la diphtérie : les importantes revues publiées à cette place par notre savant maître et cher ami, M. le Dr Huchard (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, en 1889 et 1890). Voir aussi les tables de ce journal, où sont mentionnés un nombre considérable de travaux, dont le défaut de place ne permet pas de donner ici la longue liste. Voir enfin p. 402 de ce numéro les travaux de Welch, Albott et Prudden.

C. E.

Digitized by Google

crire le foyer originel, de l'éteindre et de prévenir ainsi l'intoxication de l'organisme. Telle est la raison d'être du traitement microbicide et le secret de son efficacité.

Les expériences de MM. Roux et Yersin ont été décisives. Inutile de les rappeler; elles établissent l'absence du bacille de Klebs-Lœffler dans le sang et les tissus; sa pénétration par une effraction de la muqueuse: que cette effraction soit accidentelle, plaies, éraillures, écorchures; ou qu'elle soit le résultat d'un travail pathologique antérieur, angine simple, pharyngite des fièvres cruptives, herpès pharyngien, etc., etc. Voilà donc des *portes d'entrées,* qu'à tout prix il faut fermer pour prévenir l'agression et l'installation de ce bacille spécifique.

Mais cet ennemi, venant de l'extérieur, n'est point le seul. A côté de lui, et en association avec lui, il existe d'autres microbes qui, sans nul doute, modifient en l'aggravant le processus pathogène. Ce sont des cocci, ce sont des streptocoques et surtout, M. Barbier vient de faire entrevoir son rôle dans la pathogénie infectieuse diphtéritique, un streptocoque, le streptocoque β, qui, par sa morphologie, son évolution et sa virulence ressemble de près au streptocoque des affections pyoseptiques.

On mesure aisément l'importance clinique de ces recherches. A côté de l'*angine diphtérique pure*, œuvre exclusive du bacille de Klebs-Lœffler seul, il existe donc une *augine diphtéritique stretococcique,* ici du type *infectueux primitif*, le bacille diphtérique s'implantant sur une muqueuse déjà envahie par le streptocoque; là, du type infectieux *secondaire*, le streptocoque s'installant sur une muqueuse déjà diphtérisée; ailleurs enfin, du *type infectieux d'emblée* parce que les deux microbes se coalisant en quelque sorte, s'associent et produisent simultanément l'infection bacillaire et l'infection streptococique.

On le voit, ces recherchès originales et fécondes donnent, à des années de distance, la justification des mots septicèmie *diphtéritique* que, avec la préscience du génie, Trousseau écrivait, et la confirmation expérimentale de l'ancienne distinction classique des angines diphtéritiques en simples, toxiques et hypertoxiques. D'où, à mon avis, l'indication de ne point s'en tenir à l'emploi d'un seul agent parasiticide dans la thérapeutique de l'angine couenneuse, de varier le choix des agents et au besoin de combiner leur action. Quand, par leur association, les microbes additionnent leur virulence, ce sera sans doute l'heure de se rappeler avec MM. Lepine et Bouchard que par leur emploi simultané, ces agents parasiticides additionnent parfois leur action nécrophytique.

Le problème thérapeutique est simplifié. Des trois théories qui, dans l'esprit de leurs partisans servaient de base, de prétexte ou d'excuse à une médication systématique de la diphtérie pharyngée, deux pour le moins sont compromises.

A ceux qui disaient : l'angine diphtéritique est d'emblée une infection générale : les faits répondent par un démenti. Aux autres qui considéreraient encore cette maladie, au début, comme une infection locale, ils ne donnent peut-être pas une entière satisfaction.

Restent les ecclectiques ; ils triomphent ; c'est une bonne fortune qui rarement leur arrive.

De gré ou non, il le faut bien ; on reconnaîtra dorénavant que locale au début, cette angine, toujours microbienne, devient secondairement infectieuse et toxique. En d'autres termes, c'est le bacille qui commence, c'est le plus souvent, sinon toujours, la toxine qui continue et qui finit.

Voilà donc, ajouterais-je, que par la voie détournée de l'expérimentation et de la microbiologie, je reviens à mes prémisses, c'est-à-dire : comme *indication formelle* et *initiale*, à l'urgence d'intervenir contre la fausse membrane et les bacilles qui l'habitent, et comme *considération seconde*, mais *également pressante* d'ailleurs — cette affection étant de celles, on le sait trop, hélas ! qui, rapidement, évoluent, — à la nécessité de prévenir et de combattre l'empoisonnement diphtéritique.

En résumé, l'objectif thérapeutique est double ; ici neutralisation de la toxine : c'est l'œuvre de la *médication antiseptique et du traitement général* ; là destruction du bacille ou tout au moins de sa vitalité : c'est l'œuvre de la *médication parasiticide et du traitement local.* Il faut satisfaire à cette double indication. Comment ?

I. Médication parasiticide (*traitement local*). — C'est la médication de choix; son efficacité et ses succès sont en rapport direct avec la précocité de son emploi. Elle est à la fois curative et préventive ; curative s'il s'agit d'une angine bacillaire; préventive dans les cas où le diagnostic reste douteux, puisque, on le sait bien maintenant, toute inflammation et toute lésion, même minime, de la muqueuse pharyngienne est une porte d'entrée qu'il faut à tout prix fermer au microbe.

Détruire le bacille, empêcher la formation d'un foyer pathogène, stériliser la fausse membrane, habitat exclusif du bacille, en favoriser le détachement, enfin faire le pansement de la muqueuse, dépouillée de son revêtement épithélial, telles sont les indications multiples du traitement local idéal dont la perfection consistera à être tout à la fois germicide, antiseptique, cicatrisant et au besoin cathérétique.

Les moyens dont il dispose, on les connaît, ils sont banals : *attouchements directs des fausses membranes*, circonstance favorable, puisque dans l'angine couenneuse celles-ci sont d'ordinaire accessibles ; *irrigations pharyngées, pulvérisations, gargarismes, inhalations*; tous moyens parasiticides et antiseptiques dont l'efficacité est en rapport — l'observation clinique en témoigne — avec la prudence, l'obstination et la dextérité opératoire du thérapeute, autant qu'avec la puissance nécrophytique des agents mis en œuvre.

Il y a donc dans l'application de ce traitement, des principes généraux qu'un praticien avisé n'oubliera jamais et dont personne, à coup sûr, ne contestera plus la légitimité.

Que faut-il éviter ? Que faut-il rechercher ?

Quels que soient le médicament ou la médication, il

Digitized by Google

faut éviter: les caustiques susceptibles de détruire l'épithélium de la muqueuse encore saine; d'irriter cette dernière, de provoquer une réaction inflammatoire vive, une dysphagie douloureuse, des troubles mécaniques de la déglutition, et même par une saveur trop désagréable, l'anorexie, l'inappétence et des difficultés dans l'alimentation du malade. Donc, point de manœuvre violente, point d'arrachement brutal des fausses membranes; comme vulgairement on le dit : « il ne faut point faire saigner la gorge ».

Que faut-il chercher? A étouffer en toute hâte le foyer virulent initial; à prévenir les retours offensifs et des agressions bacillaires toujours possibles tant que la réparation épithéliale est imparfaite; à stériliser et à aseptiser la cavité bucco-pharyngienne.

Quels qu'ils soient, les pansements germicides seront donc fréquents; et cette fréquence n'aura d'autres limites que l'obligation de concilier ces exigences avec l'obligation de donner au diphtéritique une alimentation abondante, de ménager ses forces, de prévenir l'épuisement nerveux, de retarder l'intoxication et de lui laisser le temps indispensable à un sommeil réparateur.

Voilà ce qu'il faut chercher; on a vu auparavant ce qu'il faut éviter. Sur ces principes tout le monde est d'accord; quelles sont les règles à observer pour en assurer l'application?

Comment pratiquer ces *pansements*; quel *topique parasiticide* choisir? Ce sont questions à résoudre et règles de conduite à formuler.

Je commence par les applications directes : *badigeonnages* et *attouchements*.

(*A suivre*) CH. ELOY.

REVUE DES THÈSES

Essai sur les mélancoliques anxieux, par M. le Dr M. CHASTENAT (*Thèse de Paris*, 1890).

Inquiétude, anxiété, angoisse sont trois degrés du même état. L'anxiété et l'angoisse de l'esprit. Partant de là et après un historique complet reproduisant les classifications de Marie, Ball, Motet et Cullerier, son maître, l'auteur distingue les anxieux en quatre groupes, les deux premiers ressortissant à la mélancolie pure, à savoir : 1° les mélancoliques anxieux simples, 2° les gémisseurs panophobes, les deux autres se rattachant à la folie héréditaire, car l'auteur admet cette forme; 3° les hypocondriaques anxieux, 4° les obsédés, les impulsifs, les émotifs à accès d'anxiété mélancolique.

A propos de la mélancolie anxieuse simple, l'auteur cite un cas de guérison, deux cas de mort, dont un cas dû à des idées anxieuses et un à des idées de grandeur et d'immunité.

Dans la deuxième forme, le délire est sur la seconde place et souvent est diminué par l'angoisse, et il s'y joint souvent des tics et des mouvements rythmiques surtout monotones continuels et automatiques

L'auteur note un cas à rechute et rappelle la folie d'opposition observée chez eux, et qui consiste à résister à tout effort de leur entourage.

La troisième forme est caractérisée surtout par l'état dépressif et les symptômes névropathiques joints aux conceptions délirantes. Ce chapitre pèche en ce que l'auteur ne montre pas d'une façon nette en quoi cette forme diffère du délire hypocondriaque.

Dans la quatrième forme, l'auteur note, d'après Motet, la conservation au moins partielle de la conscience, les tics résultant d'obsessions et d'idées fixes, les impulsions irrésistibles particulièrement au suicide et à l'homicide, l'état vertigineux et la durée longue avec intermittences; comme ces caractères sont nouveaux dans la folie héréditaire, l'auteur rapproche ces maladies de cette forme de folie, sans songer que ces mêmes caractères peuvent se retrouver chez d'autres aliénés, sans trace aucune d'hérédité, même nerveuse.

A part cette critique, excellente thèse simplement et très clairement exposée, sans cette infatuationet cette emphase ampoulées, trop fréquentes dans les thèses de doctorat sur l'aliénation mentale, emphase telle qu'on se demande si leurs auteurs ne sont pas candidats à autre chose qu'au doctorat.

Dr CHARPENTIER
Médecin de l'hospice de Bicêtre.

Les résultats immédiats et éloignés du traitement électrique des fibromes utérins, par Mlle F. JAKUBOWSKA (*Thèse de Paris*, 1890).

Les conclusions de cette thèse, basée sur treize observations, sont les suivantes : le résultat le plus constant du traitement électrique des fibrômes par la méthode Apostoli, c'est la restauration rapide de l'état général. Les hémorragies s'arrêtent promptement dans la grande majorité des cas; les douleurs sont ordinairement supprimées. Les tumeurs diminuent généralement de volume; elles disparaissent quelquefois complètement L'amélioration ainsi obtenue est très persistante, M. Jakubowska l'affirme; il faut bien croire son témoignage. Reste à savoir si tous les observateurs éprouvent la même satisfaction de ce traitement. Em. T.

REVUE DE PHARMACOLOGIE

Sulfate de spartéine et iodure de sodium

par M. JULLIARD (1)

Je viens d'avoir à exécuter l'ordonnance suivante de M. le Dr Huchard :

Iodure de sodium.....	2 gr.
Sulfate de spartéine.....	0 gr. 20 centigr.
Eau distillée.....	120 gr.

à prendre une cuillerée à café au commencement de chaque repas.

En triturant les deux sels ensemble dans un mortier, et ajoutant ensuite l'eau distillée, la solution se fit rapidement; mais avant qu'on ait eu le temps de la mettre en flacon, elle tournait au noir par la formation d'un précipité tellement ténu, qu'il mit quatre heures pour se déposer, et rendre à la solution toute sa limpidité. Etonné tout d'abord de ce résultat dont je ne m'expliquais pas la cause sur le moment, je recommençai l'opération, en dissolvant l'iodure dans le flacon même, et ajoutant ensuite la sulfate de spartéine.

La solution d'abord incolore ne tarda pas à se troubler et devint peu à peu d'une teinte jaune sale; ce ne fut également encore qu'au bout de quelques heures que le précipité noir fut réuni au fond du flacon. Pensant que ce pouvait être de l'iode, je parvins à dissoudre ce précipité par des additions successives d'alcool à 90° et j'obtins alors une belle liqueur jaune d'or, qui redevint immédiatement incolore par l'addition d'une goutte de potasse caustique.

C'était un indice; mais je n'obtins aucune coloration avec l'amidon, pas plus qu'il ne se dégagea de vapeurs violettes, en le chauffant dans un tube.

(1) *Société médico-pratique* (juin 1891).

Digitized by Google

Il fallait donc chercher autre chose.

L'iodure de sodium employé était alcalin.

Le sulfate de spartéine est un sel acide.

Je pensai à la présence de l'iodate de soude que MM. Palangié et Cannepin constatèrent également au laboratoire de la Pharmacie centrale de France, au moyen de l'acide acétique, qui détermine la formation de l'acide iodhydrique et de l'acide iodique, dont l'action l'un sur l'autre mit une partie d'iode en liberté.

(Dans la préparation en question, l'excès d'acide du sulfate de spartéine avait joué le rôle de l'acide acétique, comme d'ailleurs aurait pu le faire tout autre acide dilué).

Cet iode restant en solution dans la liqueur, grâce à l'excès d'iodure de sodium, on a ainsi formé sur place le réactif d'iodure ioduré de Bouchardat, usité pour déceler les alcaloïdes ; et de là, tout naturellement, la formation d'un précipité d'iodo-sulfate de spartéine. Cette théorie est également celle de MM. Portes et Yvon.

Or, il est reconnu que la présence d'iodates dans les iodures alcalins, peut constituer un médicament dangereux et même donner lieu, dans différentes circonstances, à des accidents graves, ainsi que l'ont constaté différents médecins français et aussi M. Leroy, de Bruxelles.

Il est donc très important pour le médecin de prendre toujours des iodures purs ; et pour le pharmacien d'essayer fréquemment si ses iodures alcalins ne contiennent pas d'iodates, au moyen de quelques gouttes d'acide acétique dilué (vinaigre distillé, par exemple) dans des solutions peu concentrées. L'acide acétique est préférable aux autres acides, parce que, moins qu'eux, il est susceptible, dans des solutions qui ne contiendraient pas d'iodates, d'en précipiter l'iode pris à l'iodure, et pourraient ainsi induire en erreur.

Sous le bénéfice de ces observations, le sulfate de spartéine et l'iodure de sodium bien pur peuvent parfaitement cohabiter dans la même solution. Néanmoins il serait plus prudent de la part des médecins, d'accord en cela avec notre savant confrère M. Eusèbe Ferrand, de ne pas exposer les malades aux effets qui peuvent résulter de l'association de tous ces nouveaux médicaments, jusqu'à ce que la façon dont ils se comportent dans l'économie soit parfaitement étudiée et connue, et se contenter de les prescrire isolément.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

DERMATOLOGIE

I. **Pommade contre la glossite exfoliatrice marginée.** — Affection banale, non spécifique comme le croyait à tort Parrot, la glossite exfoliatrice marginée serait, pour M. E. Besnier, un eczéma de la langue.

Les pommades sont de bons topiques pour cet organe; on ne songe pas assez à les employer.

Voici une formule que M. Besnier recommande :

Cocaïne (chlorhydrate de)		0 gr. 05
Baume du Pérou	} àà	1 gramme
Acide borique	}	
Vaseline		40 grammes

En applications ; renouveler deux fois par jour.

H. G.

II. **Traitement du pityriasis versicolor.** — L'indication est de prescrire une médication provoquant la desquamation de l'épiderme (Besnier), et, plus tard, l'irritation cutanée.

On procédera donc ainsi :

1° Frictions chaudes, matin et soir, avec le savon noir, ou mieux avec le savon poncé;

2° Remplacer ensuite par des frictions avec une pommade soufrée ainsi formulée :

Soufre précipité	10 grammes
Vaseline	90 —

GYNÉCOLOGIE

III. **Traitement antiseptique de la métrite du col.** — *Primum non nocere* : être fidèle à cet aphorisme, c'est éviter les caustiques, les pessaires et les manœuvres intempestives.

Traitement local. — *Pendant la période d'état*, pratiquer, tous les deux jours, le pansement suivant :

1° Injection vaginale antiseptique avec la solution de sublimé; puis, le spéculum étant introduit, déterger la muqueuse avec un tampon d'ouate boriquée ou phéniquée.

2° Attouchements de la muqueuse du col et de sa cavité avec un tampon d'ouate hydrophile imbibée d'une solution forte de sublimé au trois millième.

3° Immédiatement, projection, sur cette région, d'iodoforme ou de salol finement pulvérisé et application d'un tampon d'ouate imbibé de glycérine salolée ou iodoformée. Ce tampon sera conservé durant vingt-quatre heures.

Dans la période de déclin. — Supprimer les attouchements avec le sublimé et les remplacer par la glycérine créosotée au dixième puis par la glycérine boriquée.

Quotidiennement, le soir, irrigations vaginales abondantes avec une solution antiseptique, suivie de l'application par la malade d'un tampon d'ouate, imbibée de glycérine boriquée ou salolée; le conserver durant toute la nuit.

Traitement général. — Les prescriptions en sont classiques : repos horizontal, éviter les fatigues de la marche et les secousses de la voiture. Bains sulfureux ou salés, avec le spéculum. Injections vaginales quotidiennes avec une solution antiseptique et au moyen d'une canule en verre ou en caoutchouc que l'on maintiendra bien aseptique.

Régime et traitement de l'anémie, de l'arthritisme, du lymphatisme, etc., etc., suivant les indications.

MÉDECINE

IV. **Solution iodurée composée contre l'asthme.** — Elle consiste à associer les iodures alcalins avec le polygala, la lobélie et l'opium.

M. H. Huchard la prescrit ainsi :

Iodure de potassium	}	
Teinture de lobélie	} àà	10 grammes
Teinture de polygala	}	
Extrait d'opium		0 gr. 10
Eau		900 grammes

Dose : le matin et le soir, une cuillerée véhiculée dans un quart de verrée d'eau.

L'addition de l'opium augmente la tolérance pour l'iodure alcalin. On peut utilement remplacer l'iodure de potassium par celui de sodium, dont l'usage prolongé est exempt des inconvénients bien connus des sels de potasse.

Digitized by Google

STOMATOLOGIE

V. **Gargarisme astringent contre les stomatites.** — Ce gargarisme, à base de quinquina et de chlorate de potasse, est indiqué contre les stomatites et les gingivites chroniques (Jaccoud) et aussi contre la stomatite mercurielle.

On le formule ainsi :

Chlorate de potasse.....	5	grammes
Teinture de cochléaria.....	25	—
Décoction de quinquina.....	200	—
Miel rosat.....	50	—

En gargarismes à répéter plusieurs fois dans la journée.

S. R.

CORRESPONDANCE DES DÉPARTEMENTS

Le traitement de l'épithélioma de la face

Blaye, le 21 juin 1891.

Je viens de lire un très intéressant article de M. le Dr L. Brocq sur la cure de l'épithélioma, ou plutôt des épithéliomas superficiels de la face. C'est là une maladie assez commune, et son histoire est bien à sa place dans un journal lu surtout par des « praticiens ». Si ce travail avait été signé du nom d'un chirurgien, je me serais bien gardé d'élever la moindre critique sur le traitement préconisé. Mais M. L. Brocq insiste lui-même sur son titre de médecin, laissant aux confrères mieux armés les autres lésions de la face non justiciables de soins purements médicaux. Il m'a semblé que le traitement préconisé contre ces petits bobos plus laids que dangereux, est bien long, bien compliqué, bien douloureux. Raclage à la curette, pansements répétés au chlorate de potasse pur, puis à l'iodoforme, à l'aristol, etc., et des collodions, et de l'amadou, et du taffetas.....; affaire de clientèle sans doute, les clients parisiens étant peut-être plus patients que ceux de la province.

J'ai eu à soigner bien souvent, sous une forme ou sous une autre, plusieurs de ces cancroïdes superficiels, et depuis une dizaine d'années j'ai toujours employé avec le plus grand succès, j'entends par là la guérison complète, le même procédé de traitement, qui n'est autre qu'une application délicatement faite de pâte caustique de Vienne.

Ce procédé m'a été indiqué pour la première fois par M. Demons à propos d'un épithélioma placé sur le dos du nez d'une dame de ma clientèle âgée de 80 ans. Depuis lors, je n'en ai jamais employé d'autres et voici comment je procède : la croûte une fois enlevée par un moyen quelconque, (au besoin d'un coup d'ongle si elle est peu adhérente), je circonscris exactement les limites de l'ulcération au moyen d'un morceau de diachylon découpé à son centre. Lorsque celui-ci est bien fixé, j'applique le caustique *qu'il faut avoir soin de ne pas faire trop liquide* et le laisse en place cinq, six ou huit minutes, suivant l'étendue et la profondeur présumées du mal. On enlève ensuite la pâte, on lave l'escharre à l'alcool, on essuie exactement, et 8, 10 ou 15 jours après, lorsque celle-ci se détache, la cicatrisation est achevée sans aucun pansement quelconque. J'ai spécialement détruit tout dernièrement par ce procédé un papillome siégeant à la paupière inférieure, et un épithélioma mesurant un centimètre carré, placé tout à côté sur le dos du nez d'une vieille dame, et la réussite a été aussi parfaite que rapide. Sur des surfaces aussi peu étendues, la douleur du caustique est très supportable, sa durée est d'ailleurs limitée au temps de l'application,

L'escharre et la petite inflammation éliminatrice passent inaperçues. Enfin, tout le traitement s'opère en une seule séance, ce qui n'est pas à dédaigner, autant pour le patient que pour le médecin.

J'imagine bien que je ne dois pas être seul à employer ce genre de cautérisation, mais il m'a paru qu'il ne serait peut-être pas inutile de la rappeler à ceux qui préfèrent en médecine les procédés simples, rapides et sans danger, à d'autres qui n'ont pas ces qualités si précieuses pour tout praticien occupé.

Dr A. Coriveaud.

Nous devons avant tout remercier notre aimable correspondant de son intéressante communication. Il serait à désirer que nos lecteurs voulussent bien se donner la peine de nous faire connaître ainsi les résultats de leur pratique afin que nous puissions ou bien les discuter, ou bien en faire profiter nos confrères.

Le procédé de M. le Dr Coriveaud est connu depuis longtemps, et il a été, je dois bien le dire, complètement abandonné pour les raisons suivantes : la pâte de Vienne est un caustique aveugle qui s'attaque aux tissus sains aussi bien qu'aux tissus morbides et dont on ne peut mesurer l'action. En l'employant on s'expose ou bien à laisser intact un point de la néoplasie, ou bien à détruire beaucoup trop en surface et surtout en profondeur. Tout le monde sait combien les cicatrices de la pâte de Vienne sont indélébiles et souvent vicieuses : or il s'agit ici, comme le dit notre correspondant, de lésions superficielles et de lésions de la face ; le médecin doit donc, avant toute chose, se préoccuper d'avoir le minimum de cicatrice possible. La pâte de Vienne nous paraît jouer dans ce cas le rôle du pavé de l'ours.

Notre correspondant n'a sûrement jamais expérimenté le procédé que nous préconisons ; autrement il ne le regarderait pas comme trop compliqué. La précision de détail dans laquelle nous sommes entrés a pour but de ne rien laisser au hasard, et surtout dans des villes populeuses où les causes d'infection secondaire pullulent, mais en somme, réduit à la plus simple expression, il consiste en un raclage, puis en une application de poudre de chlorate de potasse : ce n'est ni plus compliqué, ni plus douloureux que le procédé du Dr Coriveaud.

Si notre correspondant craint de manier la curette, et nous reconnaissons qu'il faut en avoir une certaine habitude, nous aimerions mieux le voir se servir du caustique électif de Manec, dont nous avons donné le mode d'emploi dans notre article. Ici pas de soins consécutifs, pas de pansements ultérieurs, ce que semble rechercher M. Coriveaud, pas de grands délabrements, pas de douleurs trop vives. On applique le caustique ; on attend qu'il se détache spontanément et on a l'avantage de ne pas s'adresser à un agent aussi aveugle que la pâte de Vienne.

Dr L. Brocq.
Médecin des hôpitaux de Paris.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES ÉTRANGÈRES

Allemagne. — **Société obstétricale de Berlin** (Mai 1891). — I. *Pathogénie et traitement des vomissements de la grossesse.* — **Société de médecine de Berlin** (3 juin 1891). — II. *Intervention chirurgicale dans la périlyphlite.* — Angleterre. — **Société royale de médecine et de chirurgie de Londres** (9 juin 1891). — III. *De l'ictère, ses symptômes.* — Belgique. — **Académie de médecine de Bruxelles** (30 mai 1891). — IV. *Une épidémie d'hémeralopie.*

I. **Pathogénie et traitement des vomissements de la grossesse.** — Il y a beau temps que l'origine reflexe et la

Digitized by Google

nature névrosique de ces vomissements a été admise. M. Kaltenbach reprend donc à nouveau, sous une forme plus ingénieuse qu'originale, cette ancienne question.

Pour lui, tout le mal vient de l'hystérie. Hystérique est donc la femme gravide qui vomit incoercible ment; hystérique, ajoute-t-il, parce que les modifications fonctionnelles des ovaires, de l'utérus ou de ses annexes, jouent le rôle d'agents provocateurs de la névrose.

Il faut le prouver: voici le raisonnement de l'accoucheur allemand. Ces vomissements se produisent sous l'influence de causes morales et souvent avec accompagnement d'autres troubles nerveux hystériques. On le voit, ce raisonnement est simple: M. Kaltenbach s'en contente. Par contre, il est moins simple quant à ses conséquences puisqu'il conduit à formuler des indications thérapeutiques singulières.

A quoi bon, dans cette hypothèse, pratiquer l'avortement ou l'accouchement prématuré? C'est un moyen à réserver pour les cas extrêmes. La suggestion serait plus utile. M. Kaltenbach la préconise car souvent, dit-il, on fera cesser les vomissements en examinant la femme au spéculum et en lui déclarant avec autorité que cette intervention est curative. Comme complément: le traitement moral, le changement de milieu, l'emploi des agents nervins, les bromures alcalins, par exemple, et l'usage des modificateurs généraux, comme les douches et l'hydrothérapie.

Cette médication est logique et s'accorde bien avec la théorie; reste à savoir si cette théorie pathogénique est légitime. Voilà ce qu'il faudrait démontrer avant d'accepter en entier et de généraliser l'opinion de M. Kaltenbach!

II. **Intervention chirurgicale dans la périthyphlite.** — Quelles en sont les indications? M. Kœrte les énumère ainsi: 1° la péritonite diffuse par perforation; 2° les abcès péritonéaux et retropéritonéaux; 3° les périthyphlites recidivantes avec suppuration.

S'agit il d'une péritonite diffuse et suppurée? Il faut éviter les grands lavages antiseptiques de la cavité abdominale et la recherche prolongée de l'appendice iléo-cœcal pour ne pas faire durer trop longtemps l'opération; enfin dessécher l'abcès au moyen de tampons aseptiques.

Dans le cas d'abcès localisés: incision aussi précoce que possible, au besoin précédée d'une ponction exploratrice, mais à condition d'éviter de faire traverser à l'aiguille des anses intestinales ballonnées. Pas d'opération en deux temps.

Même avantage de la ponction exploratrice dans les cas d'abcès péritonéaux dont le pus peut traverser le diaphragme et émigrer dans les plèvres.

Les récidives de périthyphlites ont souvent pour cause la rétention du pus. Il y a donc lieu de pratiquer contre elle la laparotomie et la résection de l'appendice vermiculaire. Toutefois, ici M. Kœrte fait preuve de sagacité clinique, il faut éviter l'enthousiasme opératoire de ces chirurgiens qui conseillent d'opérer dans les premières vingt-quatre heures et d'éviter tout traitement médical. C'est une exagération et une erreur: après le traitement interne, mais seulement après son insuccès, l'intervention chirurgicale. Chaque traitement a donc son heure!

III. **De l'iléite, ses symptômes.** — Les cas de cette nature sont rares; on ne saurait donc méconnaitre l'intérêt que présente l'observation communiquée à la Société Royale de Londres par MM. Withered et G. Thin. Le malade avait contracté cette affection pendant un séjour en Chine. Il eut une diarrhée et des accès fébriles rebelles à tout traitement. Il revient en Europe. Pendant la traversée, aggravation des accidents: nausées, vomissements, diarrhée; puis, amendement de ces symptômes; le retour à la santé semble définitif quand on observe à nouveau de la fièvre, des nausées, des douleurs abdominales et une impuissance absolue de digérer les aliments.

Ce malade succombe; on trouve à l'autopsie des ulcérations de la muqueuse de l'iléon; de l'appendice vermiforme et du gros intestin où cependant elles étaient plus rares. Par contre, la muqueuse stomacale et celle du jejunum, le foie et la rate étaient d'apparence normale.

A l'examen microscopique, disparition des villosités dans l'iléon; atrophie des glandes de Lieberkuhn, destruction de l'épithelium remplacé par du tissu embryonnaire au niveau des ulcérations; bref, des lésions anatomo-pathologiques d'une inflammation aiguë limitée à l'iléon.

Pendant la vie cette affection avait revêtu les apparences de la fièvre typhoïde et de la dysenterie. Toutefois, il y avait de la lientérie, et les garde-robes consistaient en matières alimentaires non-digérées et sans mélange avec des matières fécales. Le lait et les œufs, par exemple, malgré l'intégrité de l'estomac, du duodenum et du jegunum, traversaient le tube digestif sans modifications. Point de vomissements, point d'indigestions; bref, il semblait exister une véritable inhibition des fonctions gastro-intestinales des organes, malgré l'intégrité anatomique de la plupart d'entre eux.

IV. **Une épidémie d'héméralopie.** — Cette affection, devenue si rare en France, s'observe encore épidémiquement en Belgique. M. Venneman, du moins, le déclare et l'a constaté aux environs de Louvain, sur des enfants aussi bien que sur des adultes.

A la tombée de la nuit les malades accusaient une cécité subite, allant jusqu'à la perte complète de toute sensation lumineuse. Cette cécité était unilatérale ou bi latérale. A l'ophtalmoscope, il existait de l'œdème rétinien diffus.

Quarante-deux individus ont été traités pour cette affection, et de toutes les médications, la plus utile a été celle par les purgatifs, les préparations de quinquina et les toniques.

M. Venneman qui, sans donner justification de son opinion, considère l'héméralopie comme une maladie microbienne, fait remarquer que la plupart des malades relevaient de l'nfluenza au moment où les troubles héméralopiques se produisirent. En tout cas on ne pourrait invoquer l'influence des privations ou de la misère; les classes aisées ayant été atteintes autant que les classes pauvres.

S. R.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 juin 1891

Présidence de M. le Dr Terrier

De la trépanation dans l'épilepsie. — M. Schwartz rapporte l'observation suivante. Un homme de 42 ans, corpulent et fort, était atteint de paralysie faciale gauche d'origine centrale, avec céphalées très vives et attaques subintrantes d'épilepsie. Il était tombé autrefois sur la région temporale droite, qui présentait encore une cicatrice, très nette, non douloureuse. Il y a dix ans il eut une pleurésie purulente, qui se termina par vomique. Les accidents cérébraux remontent à cette époque; ils débutèrent par des maux de tête persistants, puis apparurent successivement l'hémiplégie faciale et enfin les attaques d'épilepsie. Au mois de juin 1890, survinrent des douleurs plus vives dans le côté droit de la tête, un affaiblissement de la mémoire et de l'intelligence, du myosis; les pupilles devinrent réfractaires à l'action de la lumière; le malade s'endormait en mangeant. Les reflexes rotuliens étaient normaux. La céphalée augmenta, et à partir du 20 octobre, les crises d'épilepsie devinrent journalières. M. Dejerine, qui voyait alors le malade, pensa à une tumeur corticale du cer-

Digitized by Google

veau comprimant l'hémisphère droit et déterminant l'hémiplégie faciale et les attaques convulsives. Le 6 novembre, M. Schwartz en examinant ce malade, constata un point de la voûte du crâne qui cédait sous la pression des doigts; il existait un amincissement notable de la voûte osseuse à l'union du temporal et du frontal. Pensant que peut-être la région correspondante du cerveau était le siège d'une tumeur ou d'un abcès déterminant des phénomènes de compression à distance, c'est dans ce point que M. Schwartz pratiqua la trépanation à l'aide de la gouge et du maillet; le temporal, très aminci, put être réséqué avec une pince coupante : après l'ouverture de la dure-mère, l'encéphale fit hernie dans la plaie, mais n'offrait aucune altération de sa surface, cependant sa consistance donnait au doigt la sensation d'une tumeur profonde.

Deux ponctions faites avec l'aiguille n° 2 de l'aspirateur Dieulafoy, n'amenèrent aucun résultat, il s'agissait donc d'une masse solide. La dure-mère fut suturée et la plaie refermée. Les crises d'épilepsie furent supprimées, mais le malade succomba le troisième jour d'une encéphalite aigue. L'autopsie n'a pu être faite.

Cette observation montre la difficulté du diagnostic étiologique de l'épilepsie symptomatique et la gravité de la trépanation lorsqu'il existe une lésion profonde du cerveau.

Traitement du genu valgum. — M. Kirmisson. Dans un mémoire que nous a envoyé M. Phocas, de Lille, cet auteur admet que le genu valgum infantil est le plus souvent double et que la déviation dépend d'une malformation du tibia, le plateau tibial hypertrophié étant obliquement dirigé en bas et en dehors. M. Kirmisson pense qu'il n'en est pas toujours ainsi et que les déformations peuvent porter principalement sur l'extrémité inférieure du fémur.

La cause première du genu valgum est le rachitisme : il est quelquefois héréditaire, ainsi que M. Phocas en rapporte plusieurs exemples.

L'écartement considérable des jambes et des pieds modifie chez les enfants les conditions de la station debout et de la marche devenue difficile, et entraine des chûtes fréquentes; il est donc très important de corriger les déviations des membres. Plusieurs méthodes de traitement peuvent être mises en œuvre.

Quand le genu valgum n'est pas très accentué, M. Phocas fait le redressement progressif par un appareil à traction élastique avec attelle appliquée en dedans du membre inférieur. Dans ces conditions la traction s'opère sur l'extrémité inférieure du tibia qu'elle tend à remettre dans son axe, mais elle exerce aussi son action sur le ligament latéral externe du genou qu'elle peut divulser.

Pour ces raisons, M. Kirmisson, pose l'attelle en dehors du membre, de telle façon que la bande élastique agit sur le sommet de l'angle du genu valgum et sur les deux extrémités osseuses, sans tirailler les ligaments de l'articulation.

Quand le genu valgum est très-prononcé, M. Phocas emploie pour le redressement l'ostéoclasie manuelle; si la lésion est déjà ancienne, si l'os est dur, éburné, il pratique l'ostéotomie supra-condylienne par le procédé de Mac Ewen. M. Kirmisson considère cette pratique comme excellente et conseille de la suivre.

Hernie ombilicale chez un nouveau-né, M. Routier. — M. de Larabrie (de Nantes), nous a envoyé une observation de hernie ombilicale, constatée chez un enfant le lendemain de la naissance. L'enfant rendait du méconium par l'anus : mais il existait une éventration de la ligne blanche. Le sac rompu était formé par les vestiges d'une membrane grisâtre, enveloppant le cordon. La hernie était formée par l'appendice cœcal, le cœcum et la partie terminale de l'intestin grêle. Des brides rougeâtres, occupant la partie supérieure de la hernie, s'opposaient à la réduction; celles-ci furent coupées et la réduction, alors, devint très facile. Les bords du sac furent ensuite excisés, puis la peau fut rapprochée et suturée sur toute l'étendue de la perte de substance : pansement au salol. Huit jours après l'enfant était guéri.

M. Berger. — Les hernies embryonnaires des nouveau-nés ne possèdent pas de vrai sac : elles sont recouvertes d'une enveloppe amniotique : très souvent on y retrouve les vestiges de la vésicule ombilicale. Ces hernies sont extra-péritonéales, pour les guérir, il faut exciser les bords de la hernie jusqu'aux parties saines, puis suturer les bords de la plaie. Elles guérissent ainsi dans de bonnes conditions.

Dr H. Marciguey.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 juin 1891

Présidence de M. le Dr Labbé.

Lipomes diffus multiples et symétriques. — M. Bucquoy présente un homme de 50 ans environ, entré dans son service de l'Hôtel-Dieu pour une sciatique gauche rebelle; le malade est d'une constitution robuste : il n'est ni névropathe ni alcoolique; parmi ses antécédents, nous relevons une bronchite intense en 1875, un eczéma sec plusieurs années après, des douleurs lombaires et des sciatiques fréquentes, des varices et des ulcères variqueux.

L'affection lipomateuse, qu'il présente à un haut degré, a débuté il y a quinze ans et s'est lentement développée. Lorsqu'on le regarde de face, on est frappé de l'énorme développement du cou, qui présente, de chaque côté du menton, deux masses lipomateuses, retombant sous forme de bajoues. Derrière chaque apophyse mastoïde, on trouve un lipome assez bien limité, du volume d'un œuf de dinde. Ces lipomes se retrouvent sur différents points du corps avec une symétrie absolue par rapport au plan antéro-postérieur; mais, en certains endroits, ils se continuent sans limite précise avec le pannicule graisseux sous-cutané. On note ainsi quatre lipomes dans la région lombaire, quatre à la partie antérieure du tronc, au-dessus de l'ombilic, deux à la partie inférieure du scrotum, deux sous les bras, près de l'aisselle; en tout dix-huit lipomes.

Cette sorte de diathèse lipomateuse parait s'être arrêtée sous la peau; cet homme ne présente aucun trouble de la respiration, ni du côté du cœur.

La jambe gauche est un peu atrophiée, ce qui tient aux sciatiques fréquentes dont il a été atteint

M. Bucquoy a relevé dans la littérature médicale française et étrangère plusieurs faits de ce genre, remarquables par leur similitude. Presque toujours il s'agit d'individus névropathes ou sujets à des névralgies; le siège de ces tumeurs est le même que dans l'observation précédente; enfin leur symétrie est absolue. M. Bucquoy pense qu'il faut attribuer cette production exagérée des lipomes à une trophonévrose en rapport avec un trouble des fonctions nerveuses.

M. Rendu. — Les faits de ce genre ne sont pas très rares. Il est fréquent de rencontrer chez les névropathes, dans différents points de la peau, de petits lipomes, très nombreux et absolument symétriques.

Rash scarlatiniforme dans la varicelle. — M. Gaillard rapporte l'observation suivante : Le 4 mars 1891, un enfant d'origine arthritique est pris de la varicelle. Le 21 mars, son frère, âgé de 17 mois et demi, est atteint de la même maladie; mais le lendemain, outre les vésicules varicelleuses, il présente un exanthème rouge, pointillé, s'étendant sur le cou et la totalité du tronc, respectant la face et les membres. Il n'existait pas d'engorgement ganglionnaire du cou ni de mal de gorge.

Etant donnée l'absence de ces symptômes, quoique la fièvre fût assez vive, M. Gaillard porta le diagnostic de rash tardif de

Digitized by Google

la varicelle. Le lendemain, l'exanthème était disparu en même temps que les phénomènes généraux. Cette crise marqua la fin de l'éruption varicelleuse, qui, comme on le sait, se fait en plusieurs temps.

L'enfant ne présenta pas la moindre desquamation et guérit parfaitement; il ne pouvait donc s'agir d'une scarlatine, même légère.

D'ordinaire, le rash précède l'éruption de la varicelle; il est extrêmement rare de le voir apparaître à une période aussi tardive; de plus, il n'a aucune signification grave au point de vue du pronostic. H. M.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 juin 1891

Présidence de M. le Dr Tarnier

M. Gariel présente, au nom de ses inventeurs, un appareil destiné à prévenir les accidents produits par les poêles mobiles. C'est un appareil électrique mettant en marche une sonnerie lorsqu'il y a refoulement des produits de combustion dans l'intérieur du poêle.

M. Lereboullet lit un rapport sur les remèdes secrets.

M. Cornil lit une note sur la *greffe et l'inoculation du cancer*. Dans une première observation, un fragment d'une tumeur du sein, sarcome fasciculé, fut inséré au moment de l'opération sous la peau de l'autre côté. La réunion se fit par première intention. Mais, un mois après, il existait un noyau cancéreux au point inoculé. La malade fut opérée.

Dans une seconde opération, le même chirurgien anonyme inséra sous la peau du sein de l'autre côté un petit fragment de la tumeur épithéliale qu'il venait d'enlever à l'autre sein. La réunion se fit par première intention; au bout de deux ou trois semaines, il y avait un noyau dans l'autre sein. La malade refusa de se soumettre à une nouvelle opération et quitta l'hôpital avec son nouveau noyau cancéreux ainsi greffé.

M. Le Fort proteste contre une pareille pratique. M. Moutard-Martin trouve que M. Cornil aurait dû flétrir plus énergiquement la conduite indigne du chirurgien dont il a cité les observations Son action a été criminelle. F. R.

INFORMATIONS

FRANCE

La lèpre en Nouvelle-Calédonie. — Des léproseries ont été établies à l'île aux Chèvres près de Nouméa, à Canala, à Houailou, à Touho et à Maré, une des îles Loyalty.

Les indigènes sont devenus moins rebelles aux mesures d'isolement qui ont été prises pour enrayer la marche de la maladie. Grâce à la répugnance moins grande manifestée par les Canaques et à la bonne volonté avec laquelle ils se soumettent aux mesures administratives, on peut espérer que cette affection fera désormais moins de victimes parmi la population indigène de notre possession océanienne.

La race blanche paye aussi son tribut à la maladie. Actuellement neuf condamnés sont en traitement à l'île Nou, où une léproserie a été installée dans de bonnes conditions d'isolement.

Dans la population libre on compte quelques lépreux à l'égard desquels il n'a pas encore été nécessaire de prendre aucune précaution particulière, en raison de l'absence de plaies favorisant la propagation de la maladie. Il est à noter que cette affection est survenue surtout chez des individus obligés, par leur profession, d'avoir des rapports fréquents avec les différentes tribus canaques.

ÉTRANGER

Allemagne. — **Association des aliénistes allemands.** — La réunion de cette association aura lieu en 1891, les 18 et 19 septembre prochain à Weimar.

Parmi les questions qui seront mises à l'ordre du jour des discussions, on note les suivantes: Responsabilité et criminalité. — Des rapports de l'alcoolisme avec la criminalité. — Prophylaxie de la tuberculose dans les asiles d'aliénés — De l'état actuel de la question de l'aphasie. — De l'emploi thérapeutique de l'hypnotisme dans les asiles d'aliénés. — Traitement des épileptiques.

Société allemande de dermatologie. — La seconde réunion de l'année 1891 aura lieu à Leipzig le 17 septembre prochain.

L'institut pour les maladies infectieuses. — La section clinique de cet institut berlinois doit être incessamment achevée. Elle comprend douze pavillons, destinés à recevoir 708 malades, et deux pavillons pour le personnel administratif et médical.

M. R. Pfeiffer, premier assistant de M. Koch, doit être chargé de la section scientifique et on pense que M. L. Brieger sera titulaire de la section clinique. On dit que le traitement de M. Koch, médecin de cet institut s'élèvera à 20,000 marcs par an, et celui de MM. Pfeiffer et Brieger à 6000 marcs.

Autriche. — **Le transport des contagieux à Vienne.** — Un arrêté de la municipalité, motivé sur le danger de l'emploi des voitures publiques, fiacres, omnibus et autres, pour le transport des individus atteints de maladies infectieuses, vient de prescrire l'usage de voiture spéciales qui seront mises à la disposition du public dans les stations d'ambulance de chaque district. Les médecins devront en réclamer l'emploi et les contraventions seront l'objet de punitions sévères.

NOUVELLES MILITAIRES

Nomination dans le corps de santé de la marine. — Activité. *Au grade de médecin de 2e classe*: M. le Dr Guitton, médecin auxiliaire de 2e classe.

VARIÉTÉS

La réclame médicale dans l'antiquité. — C'est dans le *Bulletin médical des Vosges* que M. Fournier traite ainsi cette question.

« Tous ceux qui vont au fond des choses médicales demanderont vraisemblablement comment on a pu abandonner, dans la pratique de la médecine, des moyens tout préparés et si convenables; on s'étonnera, on s'indignera qu'aucun art n'ait été plus inconstant et ne soit encore sujet à plus de variations, bien que le plus lucratif de tous... » Ainsi parlait Pline, né en l'an 23 de notre ère; ainsi parlerait le même Pline, s'il vivait en l'an 1891 de la même ère.

A cette époque reculée, la médecine avait ses Géraudel — tout comme aujourd'hui —. Un malin fit croire qu'*Esculape* guérissait tant de malades, ressuscitait tant de morts, que Pluton voyant son royaume se dépeupler se plaignit à Jupiter.

Le maître de l'Olympe fit droit à la réclamation de son collègue; d'un coup de... foudre, il tua le pauvre médecin.

Aussi quelle réclame pour les disciples d'Esculape!

Quel parti ils surent en retirer!

Le plus malin fut *Hippocrate*. Il y avait à Cos (*Olim Cos, nunc Monspeliensis*) sa patrie, un temple dédié à Esculape.

Digitized by Google

L'usage voulait que toute personne guérie inscrive sur une plaque de marbre les remèdes qui lui avaient réussi. Comme cela durait depuis des siècles; la collection devait être complète. Hippocrate copia ces inscriptions; puis il incendia le temple; si bien qu'il se trouva seul possesseur de tous ces remèdes et s'en fit un monopole — ce serait de nos jours un accapareur — des plus lucratifs; ce qui lui permit de s'offrir la célèbre réclame de refuser les présents d'Artaxercès.

Prodicus, inventa la médecine ialeptique, idée géniale qui fut pour lui, une source telle de revenus qu'il put même enrichir les frotteurs et baigneurs à son service.

Erasistrate, petit-fils d'Aristote, utilisa sans doute cette parenté, ce qui lui permit de soigner et de guérir le roi Antiochus et de palper cent talents d'honoraires, soit : 575.000 fr.

C'est à Rome que le charlatanisme médical prit des proportions invraisemblables. *Stertinius*, disait à qui voulait l'entendre, que l'empereur devait lui savoir gré de sa modération quand il ne lui demandait pour ses honoraires, que la modeste somme de cinq cent mille sesterces (105,000 francs)! Il avait un frère, médecin comme lui ; à leur mort, après avoir fortement écorné leur fortune à orner la ville de Naples de somptueux monuments, ils laissèrent trente millions de sesterces (6.300.000 francs).

Aelius Valens, gagna aussi beaucoup d'argent. C'est par les femmes qu'il arriva, il se rendit célèbre par ses amours avec Messaline.

Thessalus — un vrai confrère, celui-là — déclarait et criait par dessus les toits, que tous les médecins qui l'avaient précédé, n'étaient que des ânes... Son succès fut immense; la clientèle afflua et l'argent aussi. Sur son tombeau, il se décerna et fit inscrire le titre d'*Intronice* ou vainqueur des médecins.

Un médecin marseillais, *Charmis*, arrive tout à coup à Rome, supprime les bains chauds et fait plonger ses malades dans l'eau froide, même en hiver : sa vogue fut énorme; on voyait des graves personnages, des Consuls, des sénateurs, des vieillards mettre de l'ostentation à se geler par ordonnance du médecin,

Il n'y avait qu'un Marseillais assez malin pour enfoncer un autre Marseillais. Charmis trouva son maître dans son compatriote *Crinas* : celui-ci associa la religion à la médecine — le moyen réussit toujours. — Il donnait les aliments d'après le mouvement des astres; il tenait un état exact des éphémérides médicales; à chaque époque correspondait un médicament déterminé.

J'ai connu un médecin — un professeur s'il vous plait — (presque un compatriote de Crinas) qui purgeait tous ses malades à ceriaines époques lunaires. Le malin Crinas gagna un argent fou : il mit le comble à sa réputation, en faisant reconstruire à ses frais les murailles de sa ville natale.

Tous ces médecins pratiquaient la mise en scène avec un art de la réclame infini. Ils savaient faire parler d'eux : « Aucun histrion, aucun palefrenier des cavales du Cirque, dit Pline, n'avaient, quand ils sortaient, un cortège plus nombreux. »

Tous cherchaient la vogue par quelque nouveauté; mais ils l'achetaient aux dépens de la vie des malades. Quands ils se trouvaient réunis en... consultation au chevet d'un moribond, ils ne pouvaient s'entendre. Aucun n'accédait à l'avis déjà émis, de peur de paraitre céder à un autre; pendant ce temps le malade... mourait.

Un de ceux-ci s'en vengea avec esprit en ordonnant d'inscrire sur sa tombe : *Le grand nombre de médecins m'a tué.*

Tout ce que je raconte là, on le trouvera dans l'*Histoire naturelle de Pline* (Livre XXIX, Chap. 1, 2, 3, 4, 5). On me dira peut-être, qu'il était inutile de remonter à dix-huit siècles; qu'à notre époque, la médecine a aussi ses Thessalus, ses Charmis, ses Crinas. . je n'y contredirai pas.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs Ducroix (du Creusot), Esparbes (de Toulouse), Damourette (de Sermaize), Chabrely fils (de Bordeaux), Crouin (médecin de la marine en retraite), Ysabeau (de Nevers), Ramey et Richard (J. C.) médecins militaires.

En Angleterre : M. le Dr J. Lane, professeur honoraire d'anatomie à St-Mary Medical School de Londres.

En Russie : M. le Dr Baboukhine, professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Moscou.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÈRAPEUTIQU

THÉRAPEUTIQUE ET MATIÈRE MÉDICALE

Aulde (J.). — Le cactus grandiflorus (*The Therap. Gaz.*, 15 mai 1891).

Bonaventura. — Du traitement de la phtisie (*Revista clinica e terapeut.*, mai 1891, p. 236).

Burckard. — De l'action du violet de méthyle en particulier dans le traitement de la blennorrhagie et des ulcères. (*The Lancet*, 23 mai 1891).

Cerna. — Etude physiologique et thérapeutique de l'hydratrie canadensis (*The Therap. Gaz.*, 16 mai 1891).

Gordon (J.). — Contribution à l'étude de la chlorolamide (*The Brit. Med. Journal*, 16 mai 1891).

Hubbard M. Smith. — La médication révulsive (*The Therap. Gaz.*, 15 mai 1891).

Hutchinson. — De l'arsenic comme médicament (*The Brit. Med. Journal*, 6 juin 1891).

Massol. — Sur quelques nouveaux antiseptiques dérivés du crésylol (*Gaz. hebd. des Sciences méd. de Montpellier*, 23 mai 1891).

Mc. Kendrick et Snodgrass. — De l'action physiologique du carbure d'oxyde de nickel (*The Brit. Med. Journal*, 6 juin 1891).

Prevost et Binet. — Recherches physiologiques sur l'extrait éthéré de fougère mâle (*Revue méd. de la Suisse Romande*, 20 mai 1891).

Richards. — De l'emploi et de la posologie de l'antifébrine chez les enfants (*The Brit. Med. Journal*, 16 mai 1891).

Wendell Philipps. — De l'aristol dans le traitement des maladies du nez et du pharynx (*The New-York Med. Journal*, 23 mai 1891).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Bromwell (H.). — Six cas de fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus (*The American Journal of the Med. Sciences*, juin 1891, p. 591).

Clorborne (J.-H.). — De l'emploi du cautère actuel contre les ulcères infectieux de la cornée (*The New-York Med. Journal*, 30 mai 1891).

Dunn (J.). — Un cas de blessure du nerf sous-orbitaire gauche (*The New-York Med. Journal*, 30 mai 1891).

Elliot. — De l'excision de l'appendice vermiforme contre l'appendicite chronique (*The American Journal of the Med. Sciences*, juin 1891, p. 556).

Keen. — De la crâniotomie linéaire pour microcéphalie (*The American Journal of the Med. Sciences*, juin 1891, p. 549).

Montaz. — Des anévrysmes de la région fessière (*Le Dauphiné médical*, mai 1891).

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 57, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE N° 27 1er JUILLET 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, BÉCLÈRE, BROCQ, DEMELIN, DU CASTEL, GINGEOT, Charles MAURIAC, PICQUÉ, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

AVIS. — En raison des nombreux abonnements expirant *le 30 juin dernier*, l'Administration de la *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique* prie instamment nos souscripteurs de lui faire parvenir au plus tôt le montant de leur renouvellement et d'y joindre l'une des bandes du journal.

Prime à nos abonnés. — Pour ceux des abonnés actuels ou nouveaux, désireux de se procurer les **Mementos thérapeutiques des praticiens** (tome I), le prix de ce volume est en leur faveur :

De **2** fr. **50** livré dans nos bureaux;

Et de **3** fr. **25** *à domicile* (franco de port et d'expédition).

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

L'antipyrine dans le traitement des fièvres tuberculeuses et de la tuberculose

Les découvertes thérapeutiques ont besoin d'une période d'incubation pour être définitivement admises. Il ne faut pas s'en plaindre : le temps seul et les observations des auteurs les contrôlent et les confirment.

Ces réflexions viennent à l'esprit en présence de travaux récents où des observateurs distingués, comme M. Jeannel dans sa thèse inaugurale de 1887 et sa communication au dernier congrès de la tuberculose, et comme MM. Landouzy et Cuffer (1), recommandent — (ces derniers avec quelques réserves cependant) — l'emploi de l'antipyrine contre les fièvres diverses de la tuberculose et en particulier contre la fièvre « prétuberculeuse » ou « prégranulique ».

Eh bien ! leurs recommandations sont précieuses et justifiées. C'est un mérite d'autant plus grand qu'il ne s'agit plus ici de découvertes thérapeutiques réellement inédites. En effet, cette action *spéciale* de l'antipyrine a été reconnue et établie en 1884 — il y aura bientôt sept ans — par M. Huchard, lorsqu'à la suite de ses diverses communications à la Société de thérapeutique (1), il eut l'honneur d'introduire ce précieux médicament dans la thérapeutique française.

Dans chacune de ses communications, notre cher maître et ami a démontré l'action remarquable de l'antipyrine contre la fièvre tuberculeuse. Le passage suivant qui date de 1884 et qu'il me paraît opportun de reproduire en entier, ne semble-t-il pas écrit d'hier ?

« Dans la phthisie — disait alors M. Huchard — l'anti-
» pyrine abaisse sûrement et presque *mathématiquement*
» la température, non seulement le jour de son adminis-
» tration, mais aussi les jours suivants pendant lesquels
» la température ne remonte pas à son chiffre primitif;
» elle calme souvent la dyspnée, fait disparaître l'in-
» somnie, modère l'inappétence, lorsque tous ces acci-
» dents sont d'origine fébrile; elle procure aux malades
» une vraie sensation de bien-être et contribue même
» pour une grande part à relever leurs forces abattues
» par les combustions fébriles. Cette action même est si
» certaine, en opposition avec les insuccès presque
» constants de tous les antipyrétiques connus, que je
» suis autorisé, plus que jamais, à confirmer les conclu-
» sions de mon premier travail sur ce sujet, et que je
» n'hésite pas *à attribuer à l'antipyrine une action*
» *spéciale, non pas contre la tuberculose, mais contre la*
» *fièvre des tuberculeux.* »

Trois ans plus tard, M. S. Jeannel, dans son mémoire sur « les fièvres tuberculeuses et leur traitement par l'antipyrine » (*Montpellier 1887*), rappelait encore, avec une parfaite honnêteté scientifique, cet autre passage du même observateur :

« Des observations nombreuses démontrent que l'an-
» tipyrine constitue le moyen le plus puissant et jus-
» qu'ici le seul moyen d'abaisser efficacement la tem-
» pérature des tuberculeux (2) ».

Mais le succès d'une médication ne consiste pas seulement dans sa simple prescription, mais aussi dans sa posologie. « Ayant remarqué, — ajoutait M. Huchard, — que
» les sueurs antipyriniques ne surviennent qu'à partir
» de la dose de 1 gr. à 1 gr. 50, j'ai modifié, comme il
» suit, le dosage du médicament dans la phthisie : je
» donne 0,50 centigr. à 0,75 centigr., en une seule fois,
» et je répète cette dose après une heure et demie ou

(1) LANDOUZY. De la fièvre bacillaire pré-tuberculeuse à forme tuberculeuse (Typho-bacillose). (*Semaine méd.*, 3 juin 1891). — CUFFER. Recherches cliniques sur la période d'incubation des maladies infectieuses en général et en particulier sur la période d'incubation (période pré-granulique) de la tuberculose (*Revue de méd.*, 10 juin 1891).

(1) H. HUCHARD. Recherches thérapeutiques sur un nouvel antipyrétique : l'antipyrine (novembre 1884). — Nouveaux faits relatifs à l'action physiologique et thérapeutique de l'antipyrine (nov. 1884). — Mode d'emploi thérapeutique de l'antipyrine (janvier 1885). — Considérations sur l'emploi des antithermiques en général et de l'antipyrine en particulier (février 1885). — Voir aussi ARDUIN : Etude thérapeutique et physiologique de l'antipyrine (Paris, *Thèse inaug.* 1885).

(2) H. HUCHARD. *Union médicale*, 26 novembre 1884.

Digitized by Google

» deux heures si la première n'a pas abaissé suffisam-
» ment la température. Ordinairement, chez les phthi-
» siques, une seule dose de 0,50 à 0,75 centigr. est
» suffisante pour diminuer au bout d'une heure la tem-
» pérature de 1 à 2 degrés. Sans doute, avec cette dose,
» on n'arrive pas toujours à l'abaisser jusqu'à son
» chiffre normal, ce qui est inutile, mais on évite sûre-
» ment, par ce dosage, la production de sueurs pro-
» fuses, toujours préjudiciables aux malades. »

Ce mode d'administration du médicament et sa posologie, s'éloignent, comme on le voit, de la pratique de Daremberg qui, s'inspirant de ces recherches, recommandait l'emploi de hautes doses d'antipyrine, même avant l'apparition de la fièvre tuberculeuse (1).

Depuis ses premiers travaux sur ce sujet. M. Huchard, en s'appuyant sur l'efficacité de l'antipyrine contre la fièvre des tuberculeux, a pensé que le médicament pouvait avoir aussi une action spéciale sur la tuberculose elle-même. Aussi, dans ce journal (2), a-t-il insisté sur l'emploi *systématique* de l'antipyrine dans cette maladie, compliquée ou non de fièvre. Il prescrit pendant plusieurs mois ce médicament, à faibles doses, toutes les quatre heures environ, et pour éviter la production d'accident gastriques, il l'associe au bicarbonate de soude, d'après cette formule.

Antipyrine	10 grammes
Bicarbonate de soude	5 —

Pour 20 cachets. Prendre un cachet toutes les quatre heures. (Suivant les indications, et, dans certains cas, la dose d'antipyrine peut être moindre : 0,25 cent., par exemple, par cachet).(3)

A la veille du second Congrès de la tuberculose, et au moment où quelques cliniciens semblent entrer dans la voie que M. Huchard a été le premier à tracer, n'était-il pas utile de fixer encore l'attention des praticiens sur la médication antipyrinique de la fièvre des tuberculeux ?

Il a fallu sept années pour en démontrer l'utilité, l'importance et l'efficacité. C'est donc là une question presque résolue, puisqu'elle est consacrée par le temps et confirmée par d'assez nombreux cliniciens. Parmi ceux-ci, il en est quelques-uns qui, dans leurs écrits, observent une grande discrétion bibliographique. Le lecteur n'a pas les mêmes raisons pour posséder cette qualité très personnelle et pour ignorer la source des premiers travaux. Aussi, en la leur indiquant, nous croyons, après avoir fait œuvre de justice, leur être utile, dans le cas où ils voudraient eux-mêmes poursuivre ces intéressantes recherches.

CH. ELOY.

(1) DAREMBERG. De quelques indications de l'antipyrine surtout dans la tuberculose fébrile (*Acad. de médecine*, 26 mai 1885).

(2) *Revue générale de clinique et de thérapeutique* (1891).

(3) M. Huchard associe souvent à cette médication l'emploi d'injections d'*huile camphrée* qui ont, d'après ses expériences faites en collaboration avec M. Faure-Miller, interne des hôpitaux, (et dont nous publierons plus tard les résultats), la propriété de relever l'état général, de diminuer ou de supprimer les sueurs, d'abaisser parfois la température, de calmer l'éréthisme nerveux et l'insomnie. Voici la formule de ces injections :

Huile d'olives stérilisée...	100 grammes
Camphre.....	25 —

(Faire une injection hypodermique *profonde*, une ou deux fois par jour, avec une seringue entière de Pravaz).

REVUE GÉNÉRALE

MALADIES DES ENFANTS

De l'asthme infantile (1)

III. Le *diagnostic* de l'asthme, si facile chez l'adulte, présente parfois de sérieuses difficultés chez l'enfant, parce que, d'abord, l'affection étant mal connue, on y songe rarement, et qu'ensuite l'asthme infantile peut simuler toutes les affections dyspnéiques si fréquentes dans le jeune âge : pour rendre plus claire l'étude de ce diagnostic, on peut l'examiner successivement comme l'a fait Moncorvo, dans les deux principales formes de la maladie, asthme essentiel typique, asthme à forme bronchique.

Dans l'asthme typique la confusion est possible avec un certain nombre d'affections que nous allons passer en revue. Le spasme de la glotte avec son début brusque ressemble à s'y méprendre à un accès d'asthme infantile ; mais outre que dans leur ensemble les signes fonctionnels paraissent moins graves dans l'asthme, en analysant de plus près les faits, on observe une différence sensible dans la dyspnée et dans la respiration. La dyspnée paraît plus vive dans le spasme ; dans ce dernier, la contraction de la glotte s'oppose à toute entrée d'air, d'où il en résulte un silence respiratoire complet pendant l'accès, et ce n'est qu'à la fin qu'on observe une inspiration sonore et bruyante tout à fait caractéristique : dans l'asthme, au contraire, on entend pendant l'attaque une succession de râles sibilants et muqueux dans la poitrine. Enfin, le spasme de la glotte n'apparaît chez les enfants que dans le tout jeune âge, dans leur première année, tandis que l'on peut observer l'asthme dans toutes les périodes de l'enfance.

La paralysie du muscle crico-aryténoïdien postérieur, en produisant une oblitération plus ou moins complète de la glotte, peut, par la gêne intense apportée à l'inspiration, amener une dyspnée uniforme et constante qui, dans quelques cas assez rares, a simulé la dyspnée de l'asthme ; le diagnostic se fondera surtout sur les notions étiologiques, les paralysies des muscles du larynx succédant soit à une maladie infectieuse, variole, fièvre typhoïde, diphtérie, soit à une intoxication, soit à une compression du pneumogastrique en général par une tumeur.

La confusion de l'asthme infantile avec l'œdème de la glotte et les tumeurs du larynx ne sera guère possible, ces affections étant d'une rareté extrême dans l'enfance, et leur évolution toute différente de celle de l'asthme.

La laryngite striduleuse, dans son évolution effrayante, pourrait être confondue avec l'asthme infantile, quand, dans ce dernier, la dyspnée devient plus paroxystique que de coutume, et quand il débute au milieu de la nuit ; on arrivera cependant à distinguer ces deux affec-

(1) Fin : voir n° 26.

Digitized by Google

tions l'une de l'autre, en se rappelant que, dans la laryngite striduleuse, on ne trouve aucun signe pulmonaire à l'auscultation, et surtout en notant les modifications présentées par la toux et la voix dans le faux croup, cette raucité et cette sonorité spéciales qui les ont fait comparer à l'aboiement du chien et au cri du coq, caractères qu'on ne retrouve jamais dans l'asthme.

Les affections cardiaques sont facilement reconnues aux signes physiques qu'elles présentent; il n'en sera pas toujours de même des affections rénales, qui peuvent présenter une dyspnée qu'il ne sera pas toujours facile de distinguer de celle de l'asthme; cette dyspnée toxique, due à l'élimination insuffisante des matières extractives du sang, sur laquelle a tant insisté M. Huchard (1), peut exister quelquefois chez l'enfant, bien que beaucoup moins fréquente que chez l'adulte, et c'est sur l'examen des urines et de l'appareil rénal qu'il faudra se baser pour faire dans ces cas le diagnostic.

Dans sa forme bronchique, l'asthme infantile présente la plus grande ressemblance avec les affections des organes respiratoires les plus fréquentes dans le jeune âge, c'est d'abord la broncho-pneumonie, puis la tuberculose pseudo-asthmatique et l'adénopathie trachéo-bronchique.

La broncho-pneumonie, contrairement à l'asthme, s'accompagne d'une élévation considérable de la température; elle produit des foyers disséminés de souffle et de râles sous-crépitants fins dans les poumons; la dyspnée est continue; elle apparaît moins brusquement, et surtout elle disparaît moins brusquement que dans l'asthme; elle est enfin très souvent secondaire à une maladie générale infectieuse : rougeole, coqueluche ou diphtérie.

La tuberculose revêt quelquefois, chez l'enfant, l'aspect de l'asthme, surtout dans le début de la tuberculose aiguë, avec accès intermittents de dyspnée; outre que ces faits sont assez rares chez l'enfant, on observe, en général, de la fièvre, un état général peu brillant, caractérisé par de l'amaigrissement et de la déperdition des forces, des signes stéthoscopiques au sommet du poumon.

Le *diagnostic* avec l'adénopathie trachéo-bronchique sera assez aisé, si l'on recherche tous les signes de cette affection : la dyspnée s'y montre, en général, au début seulement, après un effort, une fatigue quelconque; ce n'est que plus tard qu'elle deviendra continue, mais subira encore des variations dans son intensité, en rapport avec le mouvement ou le repos du petit malade. La toux est coqueluchoïde, c'est-à-dire spasmodique, intermittente, quinteuse, suivie de vomissements. La voix est rauque, parfois éteinte. La palpation permettra d'entendre l'exagération des vibrations thoraciques dans la région sternale supérieure et dans la région interscapulaire; la matité, difficile à rechercher en arrière, sera plus facilement perçue en avant au niveau de la poignée du sternum et de l'articulation sterno-claviculaire droite; l'auscultation dénotera un retentissement de la toux et de la voix, ainsi qu'une respiration bronchique, parfois tubaire ou caverneuse, accompagnée quelquefois d'un sifflement plus ou moins accentué. Tous ces signes propres de l'adénopathie trachéo-bronchique ne permettront guère de la confondre avec l'asthme.

IV. — Le *traitement de l'asthme infantile* est palliatif ou curatif.

Pendant un accès d'asthme, surtout quand il revêt la forme bronchique, les vomitifs peuvent rendre des services, et l'on peut employer l'ipica que l'on peut donner en poudre à la dose de 0,20 centigrammes, en plusieurs fois, toutes les cinq ou dix minutes, jusqu'à vomissements abondants. Quand l'accès d'asthme s'accompagne de fièvre et qu'on est en droit de songer quand il est consécutif à l'impaludisme, l'usage du sulfate de quinine est absolument indiqué, et on peut associer son emploi à celui de l'antipyrine.

Le traitement de l'accès par les fumigations de belladone, de jusquiame, de tabac, de daturah stramonium, tel qu'on l'emploie chez l'adulte, est impossible chez l'enfant; on peut avoir alors recours à l'emploi de la lobelia inflata qui donne d'excellents résultats : on l'emploie en teinture à la dose de 20 à 100 gouttes par jour, et quand la préparation est bonne, on n'observe aucun accident.

La teinture de grindelia robusta, à la dose de 15 à 60 gouttes par jour, sans agir aussi rapidement que la lobelia inflata, mérite d'être recommandée pour son innocuité absolue. L'inhalation de vapeurs de pyridine jouit d'un succès mérité : on l'emploie, en général, à la dose de 5 gouttes renouvelées trois à quatre fois par jour; pour que l'enfant n'échappe pas à l'action du médicament, il suffit en général de le verser sur un mouchoir qu'on place devant la poitrine et qu'on attache autour du cou. Chez les enfants âgés, les injections de morphine, d'après la méthode de Huchard, peuvent donner aussi de bons résultats.

Quand par tous ces moyens on aura obtenu la guérison de l'accès d'asthme, on songera au traitement curatif de l'affection, sur lequel on dirigera tous ses efforts, car l'asthme infantile est d'une curabilité parfaite. On soumettra les enfants à une hygiène excellente, leur évitant les émotions morales, surveillant d'une manière toute spéciale leur alimentation, préférant l'habitation dans les pays peu élevés. Puis on insistera sur l'iodothérapie, les iodures étant le vrai spécifique de l'asthme : on donnera de préférence l'iodure de sodium, l'action nocive à la longue de l'iodure de potassium étant assez manifeste chez les enfants : l'iodure de sodium, pour être supporté plus facilement, devra être associé à du sirop de groseilles ou à du sirop d'écorces d'oranges amères et donné, après les repas, à la dose de 1 à 4 grammes par jour.

Dans les cas rebelles, on a conseillé l'emploi de l'électricité et la galvanisation du pneumo-gastrique a donné quelques bons résultats: dans ces cas aussi on a vu le même résultat obtenu par des eaux thermales, et J. Simon préconise les eaux du Mont-Dore : quand l'asthme est d'origine cutanée, ce sont les eaux sulfu-

(1) Huchard. Dyspnée cardiaque (*Semaine médicale*, 1890).

Digitized by Google

reuses qui sont le plus indiquées, et on conseille le séjour à Bigorre, Saint Honoré ou Allevard.

LOUIS RÉNON.
Interne des hôpitaux.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

DERMATOLOGIE

De la valeur thérapeutique de l'aristol contre le psoriasis, par M. RAFF. — Quelques auteurs recommandent chaleureusement ce traitement. C'est une erreur d'après M Raff et son confrère M. Kopp (*Arch. f. Dermat. und Syph.*, mai 1891).

Les observations qu'il publie, au nombre de cinq, sont celles de cas de psoriasis généralisé qui furent traités par des applications de pommade à l'aristol à 10 0/0. On constata des améliorations légères et transitoires; rien de plus, rien de moins. N'observe-t-on pas des résultats semblables après l'emploi de pansements et de médicaments indifférents ? Pour M. Raff, l'aristol ne possède donc aucune puissance thérapeutique contre le psoriasis. S. R.

Sur l'emploi de la rhubarbe contre la tricophytie circinée, par M. BERTRAND. — La rhubarbe contenant de l'acide chrysophanique, il était rationel de supposer qu'incorporée à la vaseline, elle pourrait être utilisée comme topique contre certaines affections cutanées justiciables de la chrysarobine et l'acide pyrogallique.

En partant de cette donnée, M. Bertrand a traité le psoriasis par la pommade à la rhubarbe; mais les résultats qu'il a obtenus ne lui paraissent pas jusqu'ici tout à fait démonstratifs. Par contre, les effets de ce même traitement sont probants et très favorables dans la tricophytie circinée (herpès circiné, érythème tricophytique circiné (*Arch. de méd. navale*, juin 1891).

La pommade à la rhubarbe peut remplacer sans désavantage et très économiquement, contre la tricophytie circinée, les diverses préparations de *Cassia alata*, d'*Araroba*, etc., et les poudres dites de *Goa*, *Bahia*, etc.

Il a, le plus souvent, fait usage de pommade à 1 pour 10. Quoique cette pommade ne soit pas ou ne semble pas irritante, une application tous les deux jours suffit généralement.

Au cas de plaques nombreuses et étendues, peut-être serait-il prudent de ne pas porter le topique, dans la même séance, sur la totalité des régions malades? S'il survenait un peu de cutite, on suspendrait le traitement et l'on appliquerait de la poudre d'amidon. S. R.

Du chlorure d'or dans le lupus, par M. J. RUSIN. — La malade était atteinte d'un lupus de la face, étendu, de plus, au palais, et dont les sécrétions contenaient le bacille de la tuberculose. On lui administra en six jours six injections sous-cutanées d'un liquide composé d'une solution d'or à 1 0/0 et de cyanure de potassium à 1 0/0 (*Meditzin. Obozer.* 1891, n° 5, p. 509).

Dès le second jour, il y avait une amélioration locale; mais ce fut vers le sixième que les ulcérations, la tuméfaction et la douleur disparurent. Il se produisit des granulations et la malade guérit. On constata quelques phénomènes toxiques : des frissons, une élévation thermique et de la faiblesse. Ces phénomènes disparurent spontanément S. R.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE

Procédé indolore de dilatation du col de l'utérus, par M. H. MARAIS. — Ce procédé a pour objet de remplacer la dilatation extemporanée violente et douloureuse et d'éviter tout traumatisme inutile. C'est un procédé de douceur, qui permet, écrit un auteur, de vaincre en une séance, deux ou trois au plus, la résistance d'un utérus difficile. (*L'année médicale de Caen* : 15 mai 1891, p. 81).

Le voici : après le cathétérisme de l'utérus avec une bougie olivaire neuve ou soigneusement désinfectée, laissée en place une à deux minutes, on prend une bougie en étain, dite de Béniqué, de même grosseur et préalablement redressée; on lui donne à la main une courbure calquée sur celle de la bougie en gomme qui, retirée avec précaution, a conservé une déformation en rapport avec la flexion plus ou moins anormale du col. Ceci déjà évite bien des tâtonnements. Puis on réintroduit la bougie olivaire, et au moment précis où on la retire, on pénètre comme par surprise dans l'utérus avec la sonde en étain. Si l'on réussit bien ce premier temps, on est maître de la place, car de la même manière, on peut passer les numéros suivants, qui se suivent par quart de milimètre, jusqu'à ce que l'on soit arrivé à une dilatation suffisante. On s'arrête et on laisse la bougie en place quelques instants toutes les fois que la patiente accuse, non pas de la douleur, mais une sensation pénible. Les bougies métalliques doivent être légèrement flambées avant chaque introduction, ou au moins déposées dans un vase rempli d'eau *chaude* phéniquée. R. S.

Du rapport entre le volume de la tête du fœtus et celui de la tête de sa mère, par M. SKAIKOWSKI. — Dans le but de déduire ce volume des rapports existant entre les diamètres bi-temporaux bi-pariétaux et sous-occipito-bregmatiques, l'auteur à pratiqué des mensurations sur 214 parturientes et sur leurs enfants, les accouchements ayant lieu en présentation occipitale. Ces mensurations furent pratiquées au lendemain de l'accouchement. (*Arch. f. Gynæk*, hft. 3, bd. 38, 1891).

Elles ont donné les résultats suivants :

Il y a analogie de conformation entre le crâne du fœtus a terme et celui de la parturiente, surtout en ce qui concerne les bosses pariétales. La différence entre le diamètre bi-temporal du crâne fœtal et celui du crâne de sa mère est de 4 centimètres 5, celle des diamètres bi-pariétaux de 5 centimètres, et celle des diamètres sous occipito-bregmatiques, de 5 centimètres 5. S.-R.

MALADIES DES ENFANTS

Recherches cliniques sur l'élimination de l'antipyrine chez les enfants, par MM. PERRET et GRIVE. — La tolérance des enfants pour ce médicament est grande et les auteurs ont voulu en connaître la raison. Tel est le but de ces recherches cliniques (*Lyon Médical*, 7 juin 1891, p. 177).

Voici leurs conclusions :

1° Le vieillard, l'adulte, l'enfant commencent, un moment après l'ingestion, l'élimination urinaire de l'antipyrine (soit 3/4 d'heure à 1 heure).

2° L'enfant a plus vite éliminé son médicament que l'adulte, celui-ci à son tour plus vite que le vieillard.

3° Les conditions d'accumulation du médicament n'influent nullement sur la date d'apparition du médicament dans l'urine, mais exagèrent notamment sa durée. S. R.

Des indications du lavage stomacal chez les jeunes enfants, par M. TROITZKY. — Les conclusions de l'auteur sont motivées par des observations personnelles et des recherches bibliographiques (*Arch. f. Kinderh.* 1891, p. 225).

1° Il admet la puissance de cette médication au début des affections gastro-intestinales.

2° Plur tard, il la conseille dans les dyspepsies chroniques et contre les diarrhées. Il est vrai qu'alors cette médication a été associée à l'usage d'un traitement médicamenteux et que ce dernier entre pour sa part dans les succès obtenus. Il faut donc accepter seulement sous réserve les conclusions de M. Troitzky. S. R.

THÉRAPEUTIQUE

Le combretum contre la fièvre bilieuse hématurique, par M. HECKEL. — Ce végétal, *Kinkeliba* des indigènes de la côte occidentale d'Afrique, possède une réputation populaire contre la fièvre bilieuse hématurique. On emploie ses feuilles

Digitized by Google

en décoction, fraiches ou desséchées, ou bien en poudre, à raison de 16 grammes par litre d'eau bouillante. Sous son influence les vomissements cessent, des selles bilieuses se produisent et la fièvre disparait (*Répertoire de pharmacie*, 10 juin 1891).

M. Heckel attribue ces propriétés thérapeutiques au tanin et au nitrate de potasse. Il considère le kinkeliba comme un puissant tonique, un diurétique, un émétique et un cholagogue. C'est donc un médicament à étudier. S. R.

Du traitement de la cystite par l'acide oxalique, par M. A.-W. Marsh. — Conseillé par Poulet contre l'amenorrhée, ce médicament aurait l'avantage d'être aisément absorbé et de ne pas posséder de propriétés ocytociques (*Therap. Gaz.*, 16 mars 1891).

L'auteur l'a prescrit dans six cas de cystite en forme de potion. Il s'agissait de cystites cantharidiennes et autres, avec tenesme et besoins fréquents d'uriner. Sous l'influence de cette médication, l'amélioration fût rapide et se produisit dans l'espace de deux à trois jours.

Il ne faudrait pas oublier, cependant, ce dont l'auteur américain ne parle pas, que l'acide oxalique passe à bon droit pour une substance toxique et qu'on doit le prescrire avec une sage prudence. S. R.

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

MÉDECINE

De la conduite à tenir dans le traitement de l'angine couenneuse (1)

I. **Badigeonnages, écouvillonnages ou attouchements?** — Ces trois modes de pansement ont pour but de mettre ce médicament en contact avec la fausse membrane et la muqueuse. Lequel des trois faut-il préférer?

On a discuté sur leurs mérites respectifs. C'est plutôt le procès de leurs inconvénients qu'il convenait d'instruire.

Commençons par l'instrument porte-topique.

Le *pinceau doux* a ses partisans. Dans leur prudence extrême, ils recommandent, comme instrument idéal, le pinceau à aquarelle. Ils le taillent en une pointe, qu'entre leurs mains habiles, ils destinent à transporter délicatement l'agent médicamenteux sur la fausse membrane, tout en respectant, louable intention, l'epithelium de la muqueuse avoisinante.

On leur objecte que ce pinceau n'est guère aseptique, et qu'aussi superficiels, les badigeonnages n'assurent guère la pénétration de la fausse membrane par le topique germicide.

Le *pinceau dur*, surtout celui en forme de brosse, a donc été chaleureusement conseillé. Cette recommandation s'expliquait et s'excusait au moment où, sans crainte d'effractions de tissus, on voulait, à tout prix, enlever et même arracher la fausse membrane.

Cet énergique brossage a des inconvénients et des dangers. Il provoque, on le comprend, des douleurs, une réaction inflammatoire, de la dysphagie et la dénudation de la muqueuse.

Malgré l'autorité et le nom estimé de M. Gaucher, ce mode de pansement n'est guère accepté par les malades ou par leur entourage. Tout le monde, en effet, ne possède point le stoïcisme du spartiate.

(1) Suite : Voir n° 26, p. 404.

L'*écouvillonnage* vaut mieux, mais à la condition d'être pratiqué sans violence et avec le peloton d'ouate et non le tampon de molleton ou de feutre. Il y a deux ou trois ans, ce tampon a fait grand bruit dans une Société médicale. On ne l'a pas oublié. Aujourd'hui, on n'en parle guère. C'est une renommée qui s'en va!

Le molleton et le feutre ont, en effet, les inconvénients du pinceau dur et de la brosse. On leur préférera les *attouchements* avec le *peloton* d'ouate hydrophile phéniquée ou salicylée, serré en une petite quenouille (J. Simon). Sa forme aplatie ou allongée variera selon les circonstances. De plus, on le montera, non pas sur un support rigide comme le bâton de bois ou élastique ou comme la tige de baleine, mais sur une pince à forcipressure aisément stérilisable.

Cette instrumentation est la meilleure. Point de blessure possible de la muqueuse ; précision dans l'application du topique ; asepsie parfaite. Inutile d'insister : ces avantages suffisent pour en recommander l'emploi.

Et le *choix du topique parasiticide?*

Est-il motivé seulement par la puissance nécrophytique de l'agent médicamenteux contre le bacille de Lœffler et le streptocoque? Non; il y a des considérations pharmacologiques dont on doit tenir compte.

En fonction de son équivalent, le sublimé occupe le premier rang dans la série des antiseptiques : à un huit millième, il est germicide. Il vient donc avant l'acide salicylique et le permanganate de potasse (1/2000), avant le chloral (1 0/0) et avant l'acide phénique 2 0/0.

Eh bien! en pratique il ne faut pas juger de sa valeur thérapeutique absolue comme topique par le rang auquel lui donne droit cet équivalent antiseptique. Pour l'antisepsie des surfaces, la puissance d'un agent microbicide dépend d'autres conditions. Qu'elle soit d'abord en raison directe avec son action nécrophytique? Oui, sans doute; néanmoins, elle dépend aussi de la stabilité de la préparation qui lui sert de véhicule, de l'état de division moléculaire de celle ci, de sa propre solubilité, et de son séjour plus ou moins durable sur la surface à stériliser.

Dans l'espèce, cette surface est la fausse membrane, habitatdu bacille morbigène. La muqueuse à stériliser est celle du pharynx où la diffusion des topiques médicamenteux se produit rapidement. Autant d'obstacles à vaincre. *Des topiques destinés aux attouchements dans l'angine couenneuse, le meilleur sera donc celui qui, suffisamment germicide, pénétrera le mieux la fausse membrane, en désagrégera les éléments et imbibera, en la stérilisant, la muqueuse que cette dernière recouvre.*

Le véhicule de choix devra donc être à la fois dissolvant, antiseptique et compatible avec l'agent microbicide adopté.

On s'est tour à tour adressé à l'essence de térébenthine, à la glycérine et aux huiles ; ces efforts successifs des expérimentateurs ne sont pas les points les moins curieux de l histoire contemporaine du traitement de l'angine couenneuse.

Grâce à ces vertus pharmacologiques, l'acide phénique, dont l'équivalent antiseptique est inférieur à celui

Digitized by Google

des sels de mercure, est entré dans la composition de la plupart des topiques. C'est encore grâce à elles qu'il occupe toujours la première place dans le traitement local de la diphtérie pharyngée. Il s'accommode de la plupart des véhicules, essence de térébenthine, glycérine, huiles, etc., etc. ; ses préparations sont stables ; voilà l'origine de sa supériorité ; mais, on en conviendra, cette supériorité est relative : la découverte d'un excipient compatible avec les sels mercuriels la ferait, à coup sûr, oublier.

En attendant, l'acide phénique est le médicament actif dans les formules et les collutoires de Lœffler, Gaucher, Hutinel et autres.

Entre ces topiques phéniqués, de valeur germicide à peu près équivalente, il faut choisir; lequel préférer (1)?

D'après la plus récente pratique de Lœffler, le *collutoire à l'essence de térébenthine phéniquée* peut se formuler ainsi :

Alcool.	ãã 50 grammes.
Essence de térébenthine	
Acide phénique.	10 à 20 —

En attouchements répétés deux ou trois fois quotidiennement.

L'essence de térébenthine est germicide ; à preuve : les expériences de Koch sur la bactéridie charbonneuse. Elle favorise aussi, dit-on, la désagrégation des fausses membranes : c'est l'argument qui semble avoir inspiré M Lœffler dans la rédaction de sa formule ; c'est, d'ailleurs, un argument banal que tous les avocats de ce médicament invoquent en le préconisant de temps en temps contre la diphtérie.

En fait, le topique de Loeffler ne demeure point sur les fausses membranes ; après les attouchements, il ne forme pas un enduit durable à leur surface ; de plus, il est caustique et douloureux.

On s'adressera ailleurs. Au *glycérolé phéniqué et camphré?*

Remplit-il mieux les indications formulées plus haut? M. Hutinel dit oui et le prescrit ainsi :

Acide phénique	5 grammes.
Camphre cristallisé	20 —
Alcool à 90°	10 —
Glycérine pure	25 —

Mode d'emploi : Un badigeonnage toutes les trois ou quatre heures.

Eh bien ! non, répond M. Gaucher : la glycérine se diffuse trop rapidement sur les portions saines de la muqueuse. Il vaut mieux employer l'huile. Dès 1878, cet avis était celui d'un médecin distingué, Soulez (de Romorantin), qui, le premier, fit véhiculer le camphre phéniqué par l'huile. Dans l'intérêt de la vérité, voici sa formule (1) :

Acide phéniqué	5 grammes.
Alcool.	1 —
Camphre	23 —

Mélanger avec :
Huile d'amandes douces, q.s. pour faire un volume égal.

M. Gaucher a remplacé l'huile d'amandes douces par l'huile de ricin, celle-ci diffusant moins que celle-là. Pour mémoire, rappelons la dernière préparation proposée par ce distingué confrère.

Camphre.	20 grammes.
Huile de ricin	15 —
Alcool à 90°	10 —
Acide phénique cristalisé . .	5 —
Acide tartrique.	1 —

Mode d'emploi : en badigeonnages répétés quotidiennement deux ou trois fois, sur la muqueuse, *préalablement* dépouillée des fausses membranes par un écouvillonnage ou un brossage énergiques.

La glycérine adhère bien, mais diffuse trop ; l'huile de ricin ne diffuse guère, c'est un avantage, mais mouille peu, c'est un inconvénient. Comme toutes les huiles, elle se réunit en gouttelettes sur une surface humide ; or la muqueuse est humide, autre désavantage. Il fallait mieux, on l'a trouvé dans l'acide sulforicinique et les sulforicinates alcalins.

L'industrie emploie cet acide et ces sels sous les noms de polysolve, de solvine et de dissolvant universel. Ce sont des huiles, dites tournantes, ou plus exactement des huiles solubilisées par l'acide sulfurique, et se combinant avec la soude sous la forme d'un sulforicinate alcalin, possédant la propriété précieuse de dissoudre les antiseptiques, d'ordinaire peu solubles dans l'eau : le naphtol, le salol, la créosote et surtout le phénol. De plus propriété non moins précieuse, il forme, dans l'eau ou en contact d'une muqueuse humide, des émulsions stables, qui, examinées au microscope, sont constituées par de fins globules et non point par la précipitation de petits cristaux (Berlioz).

Les solutions sulforicinées sont de coloration jaunâtre, de consistance sirupeuse, d'odeur et de saveur faibles. Appliquées sur la muqueuse buccopharyngée, elles ne l'irritent point, ne provoquent pas de douleurs, et, adhérentes à sa surface, y forment une couche blanchâtre, opalescente, dont la persistance démontre le contact intime du topique avec cette muqueuse et avec les fausses membranes.

Ces propriétés physico-chimiques et organoleptiques donnent raison de la supériorité du collutoire au phénol sulforiciné. Les faits cliniques les justifient également ; c'est donc, à l'heure actuelle du moins, un topique excellent dont on peut proportionner aisément l'énergie parasiticide, antiseptique et légèrement caustique, à la ténacité, à l'épaisseur et à la consistance des fausses membranes.

On l'ordonnera sous la rubrique de phénol sulfo-

(1) Les formules de collutoires phéniqués sont nombreuses. La suivante nous est obligeamment communiquée par M. le docteur Godlewsky (de Neuilly) et mérite d'être essayée dans les diverses pharyngites :

Bromure de potassium . . .	15 grammes.
Acide phénique	0,50 centigrammes.
Eau distillée.	150 grammes.

En badigeonnages répétés.

— Cet article me vaut des correspondances nombreuses. Je remercie mes lecteurs de cet honneur qu'ils me font.

Fidèle au programme du *Journal des Praticiens*, qui, il l'a prouvé,— « *est le journal de tous et à tous* »,— je ferai connaître, à l'occasion, les résultats de la pratique de ces confrères, que le défaut de place me contraint à ne point publier aujourd'hui. Il y a des gens qui proclament la décentralisation scientifique; dans ces colonnes on la pratique, cela vaut mieux.

Ch. E.

(1) *Bull. de Thérap.* : 1878, p. 38.

Digitized by Google

foriciné à 20, 30 ou 40 pour cent; préparations, dont voici la composition respective:

Sulforicinate de soude . .	80 gr.; 70 gr.; 60 gr.
Acide phénique pur . . .	20 gr.; 30 gr.; 40 gr.

Je l'ai déjà écrit, je le répète : à l'heure actuelle, c'est là un topique de choix.

Est-ce à dire que l'on mettra désormais en oubli ces préparations qui empruntent leur activité aux autres agents parasiticides? Loin de là; il convient, l'expérience clinique le prouve, de varier l'emploi de ces agents.

Malgré les inconvénients nhérents à leurs préparations médicamenteuses, on dispose donc, au besoin, du glycéré à l'acide salicylique et du sublimé.

L'acide salicylique a fait ses preuves. (Toutheim, 1874, Weiss, J. Simon). On l'utilisera ainsi :

Acide salicylique.....	1 gramme
Teinture d'eucalyptus ..	10 grammes
Glycérine.....	20 grammes

Ou mieux encore, on remplacera ce glycéré par le salol sulforiciné.

Sulforicinate de soude.	85 grammes
Salol..	15 grammes

Supérieur aux autres parasiticides par sa puissance antiseptique, le sublimé est d'un maniement moins commode. Aucun artifice pharmaceutique n'a permis jusqu'à présent de l'utiliser autrement qu'en solution aqueuse ou alcoolique : c'est un inconvénient. Cependant isolément ou en alternance avec les autres topiques, on l'emploiera utilement, à l'occasion, sous la forme suivante :

Alcool.....	100 grammes
Sublimé.....	1 gramme

Cette préparation, éminemment antiseptique, à coup sûr, possède le désavantage d'être diffusible, de ne point imbiber rapidement les fausses membranes, d'irriter quelque peu la muqueuse et de posséder une saveur désagréable. Il est vrai que les puissantes vertus germicides du sublimé compensent en partie ces inconvénients. On fera donc appel au sublimé, dans le cours du traitement quand il y a urgence de combiner et d'alterner l'emploi des agents antiseptiques.

A côté de ces considérations pharmacologiques, il y en a d'autres plus cliniques qui, à mon avis, doivent déterminer le choix du topique parasiticide : ce sont la cohérence, l'étendue et l'épaisseur des productions pseudo-membraneuses.

S'agit-il de fausses membranes minces, peu consistantes, ou d'un enduit pultacé d'apparence et s'écrasant aisement? Point d'inconvénients d'employer une préparation diffusible et de puissance de pénétration modérée : glycéré d'acide salicylique; solution alcoolique de sublimé et, en cas d'échec, le salol sulforiciné, puis le phénol sulforiciné à dix pour cent.

S'agit-il de fausses membranes épaisses et cohérentes? On proportionnera l'effort thérapeutique à leur résistance. Le topique doit posséder une réelle puissance de désagrégation, de pénétration et, en raison même de son énergie, une faible diffusibilité. C'est le moment d'employer les topiques de Lœffler, de Gaucher, de Soulez; et, mieux encore, de leur substituer le phénol sulforiciné titré à 30 et 40 pour 100.

En résumé, l'expérience le prouve, à l'heure actuelle, et en attendant que l'on ait trouvé une préparation plus sûre encore et plus maniable, au *point de vue clinique comme au point de vue pharmacologique, ce collutoire est donc le topique de choix.*

Comment l'employer? En s'inspirant de cette indication capitale — sur laquelle MM. J. Simon, H. Huchard (1) et autres ont judicieusement insisté — : « *détruire le bacille sur place, sans trève et sans merci.* »

En d'autres termes, c'est un *pansement à répétition*, qui seul assure le succès du traitement local.

La technique des attouchements sera simple. Sous prétexte « de tour de mains » qui ne sont point toujours, on me pardonnera l'expression, des tours... de maître, on l'a compliquée bien à tort. La voici :

1° Avant tout attouchement, déterger la surface pseudo-membraneuse, du mucus et des produits morbides qui la recouvrent, par des frictions douces exercées avec un peloton d'ouate sèche serrée et montée sur une pince à forcipressure préalablement stérilisée.

2° Immédiatement après, porter hardiment, sur cette même région, en prolongeant le plus possible le contact, un deuxième tampon d'ouate monté sur une deuxième pince et imbibé de phénol sulforiciné.

Dans le cas où on emploiera un topique plus diffusible (glycéré à l'acide salicylique, solution de sublimé), on aura soin, avant l'attouchement, d'exprimer modérément le tampon d'ouate imbibé du liquide médicamenteux.

3° On a discuté sur la fréquence de ces pansements. Avec les topiques douloureux et caustiques, ils sont rares; cela s'explique. Dans la méthode de Gaucher, on les renouvelle deux à trois fois par jour seulement. Les badigeonnages avec des topiques peu irritants ont été appliqués de quart d'heure en quart d'heure. C'est un abus. Il faut adopter un moyen terme.

On répétera donc les attouchements toutes les heures ou toutes les deux heures, pendant le jour, et toutes les deux ou trois heures durant la nuit, suivant la gravité des cas, la pullulation plus ou moins rapide des bacilles et l'activité de la reproduction ou la ténacité des fausses membranes.

L'emploi de topiques presque indolores, comme le phénol et le salol sulforiciné est donc un puissant moyen thérapeutique, puisqu'il permet de renouveler souvent le pansement et de ne point provoquer la dysphagie, obstacle à l'alimentation du malade.

4° De plus, si les fausses membranes sont petites, disséminées ou, pour ainsi parler, dissimulées dans les cryptes amygdaliens ou autres, on pratiquera utilement un ou deux badigeonnages quotidiens avec la solution de perchlorure de fer mitigée selon la formule de M. J. Simon.

Perchlorure de fer	ãã 15 grammes
Glycérine.....	

Ce topique colore les fausses membranes. Elles apparaissent en brun foncé sur le fond plus pâle de la muqueuse. Astringent et non germicide, le perchlorure de

(1) Voir : Huchard. (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1889, n° 5, p. 66).

Digitized by Google

ermodifie la structure et le desséchement des fausses membranes. Dans l'espèce, c'est à titre de *révélateur* qu'il rend des services au clinicien. Les badigeonnages au perchlorure de fer ne peuvent donc pas remplacer l'emploi des agents parasiticides.

5° Enfin, autre fait d'observation clinique, les attouchements antiseptiques multipliés et les mieux pratiqués ne dispensent point des irrigations antiseptiques.

C'est une erreur de le croire. Ces pratiques se complètent : on doit donc en prescrire et en multiplier l'emploi.

Quand et comment?

(*A suivre*) CH. ELOY.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

CHIRURGIE

I. **Une formule pour l'emploi de l'iodoforme contre les tuberculoses chirurgicales.** — Dans ces affections, l'éther iodoformé a fait ses preuves. Cependant, il n'est point sans quelques inconvénients pratiques : volatilité, douleur, etc. Pour émulsionner cet agent antiseptique, Sœnger a proposé la formule suivante d'un succédané de l'éther iodoformé.

Iodoforme.....	4 parties.
Glycérine.....	40 parties.
Formiate de soude..	10 à 30 centigr.

II. **Mélange pour l'anesthésie locale.** — Employé par M. Dobisch, pour anesthésier la peau dans les petites opérations, ce mélange doit être pulvérisé sur le champ opératoire avec le pulvérisateur de Richardson :

Chloroforme.....	20 grammes
Ether sulfurique....	30 grammes
Menthol.....	2 grammes

F. s. a.

On obtient l'anesthésie dans l'espace de quatre à six minutes.

MALADIES VÉNÉRIENNES

III. **Traitement antiseptique et balsamique de la blennorrhagie.** — Cette médication, employée par M. Balzer, consiste dans l'association de la tisane alcaline et de l'opiat classiques avec le salicylate de soude. On y ajoute l'usage des injections antiseptiques.

Tisane alcaline antiseptique. — On la prescrit sous forme de poudre composée :

Salicylate de soude.....	1 gramme
Bicarbonate de soude...	3 —
Sucre en poudre.....	6 —

F. s. a. pour un paquet. — Faire dissoudre dans une bouteille de limonade. — A boire entre les repas, dans les vingt-quatre heures.

Opiat balsamique et antiseptique. — Il s'ordonne ainsi :

Copahu..... } Cubèbe..... }	áá 20 grammes
Sous carbonate de fer	1 —
Salicylate de soude.....	10 —
Sirop de coing.....	q. s.

Dose : six à dix bols par jour

OTOLOGIE

IV. **Traitement antiseptique de la myringite traumatique.** — Causée par une plaie de la membrane du tympan (fractures au rocher, instrument piquant, etc., etc.), cette myringite est justiciable du pansement antiseptique et, comme moyen d'hygiène, du repos de l'organe.

1° *Pansement antiseptique* : irrigations répétées et abondantes du conduit anditif externe avec une solution boriquée à 3 pour cent et maintenue chaude à 50 degrés, ou bien avec la solution de sublimé au deux millièmes.

Immédiatement après, insufflations dans le conduit auditif, d'iodoforme finement pulvérisé et application d'un tampon d'ouate salolée.

Répéter ce pansement quotidiennement.

2° *Moyens d'hygiène.* — Repos; éviter les mouvements violents de mastication, les cris et les efforts.

STOMATOLOGIE

V. **Gargarisme contre la fétidité de la bouche.** — Se gargariser plusieurs fois par jour avec le mélange d'une cuillerée à café de la solution composée suivante dans une verrée d'eau tiède :

Saccharine..... } Bicarbonate de soude..... }	áá 20 grammes
Acide salicylique.....	4 —
Alcool.....	300 —

Ou bien : avec une cuillère à café du liquide suivant, en mélange dans la même quantité d'eau :

Salol.....	3 grammes
Alcool.....	120 —

Préparer le mélange au moment de s'en servir

S. R.

REVUE DE PHARMACOLOGIE

Solution titrée de lactate de quinine

Par M. PIERRE VIGIER (1)

Il y a déjà sept ans que j'ai attiré l'attention du corps médical sur la grande solubilité du lactate de quinine dans l'eau; malheureusement, ce sel, qui reste dissous au cinquième, au moment de sa préparation, ne se redissout plus que dans vingt fois son poids d'eau quand il est cristallisé. C'est, incontestablement, cette anomalie qui a nui à son emploi, dans la méthode hypodermique, malgré la précision de mes indications.

Pour obvier à ces inconvénients, on n'aura qu'à ne pas pousser la préparation jusqu'à la cristallisation et à la conserver à l'état de solution.

Voici le procédé que je propose et qui fournit une solution titrée, neutre, de bonne conservation, véritablement officinale, et n'occasionnant ni abcès, ni douleur :

Chaque gramme, en seringue, de cette solution, contient 0 gr. 20 de lactate de quinine, et on peut, sans retirer l'aiguille, en injecter très facilement plusieurs grammes.

Prenez: sulfate de quinine, 21 gr. 50 (représentant 16 grammes de quinine); dissolvez-les dans 500 grammes d'eau distillée contenant 27 gr. 50 d'acide sulfu-

(1) *Société médico-pratique*, 15 juin 1891.

Digitized by Google

rique dilué au dixième; ajoutez 29 grammes d'ammoniaque; laissez en contact pendant 24 heures en agitant de temps en temps; lavez la quinine hydratée à l'eau distillée; recueillez-la sur un filtre; délayez-la dans 100 grammes d'eau distillée chaude; maintenez-la au bain-marie, en ajoutant, petit à petit, de l'acide lactique pur, jusqu'à très légère réaction acide (environ 4 gr.25); laissez refroidir; filtrez et complétez le poids de 100 gr. 5 grammes de cette solution contiennent 1 gramme de lactate de quinine. On trouve sur le filtre un précipité qui ne dépasse jamais 0 gr. 50.

Il est à négliger, et dépend de la pureté plus ou moins grande des produits employés.

REVUE DES LIVRES

Topographie cranio-encéphalique (*Trépanation*), par M. le Dr Poirier, agrégé de la Faculté, chef des travaux anatomiques, chirurgien des hôpitaux. (Lecrosnier et Babé, 1891, Paris.)

C'est avec grand plaisir que nous avons lu d'un bout à l'autre le livre de notre collègue M. Poirier; il était certain que cette œuvre, émanant d'un anatomiste doublé d'un chirurgien, ne pouvait être conçue et exécutée que dans d'excellentes conditions.

Dans une première partie, l'orateur étudie la topographie cranio-encéphalique. Je lui sais grand gré d'avoir simplifié autant que possible la recherche des points de repère que le chirurgien doit tracer toutes les fois qu'il veut aborder une trépanation méthodique. Ceux qu'il indique sont faciles à trouver et suffisamment exacts pour que chacun puisse les mettre à profit sans aucune instrumentation spéciale. Les figures annexées à cette étude d'anatomie topographique éclaircissent à merveille le texte et permettent de se rendre compte d'un coup d'œil des points importants à trouver et à marquer. Je ne rappellerai ici que les plus importants. Pour déterminer la position de la scission de Rolando, autour de laquelle gravitent les centres psychomoteurs, l'auteur conseille le procédé que voici et qui nous paraît exact et très pratique.

Extrémité supérieure. — Mesurer avec soin la distance qui sépare le fond de l'angle naso-frontal de l'innion ou protubérance occipitale externe; prendre la moitié de cette distance à partir du point nasal (fond de l'angle naso-frontal), y ajouter 2 centimètres et marquer ce point qui donne, à un centimètre près, le point de la voûte répondant à l'extrémité supérieure du sillon de Rolando.

Si l'on ne pouvait trouver l'innion facilement, prendre sur la ligne sagittale, à partir du point nasal, 18 centimètres sur les grosses têtes, 17 sur les petites; le point obtenu est encore en regard de l'extrémité supérieure du sillon de Rolando.

Extrémité inférieure. — Compter, à partir du trou auditif, 7 centimètres sur la perpendiculaire préauriculaire à l'apophyse zygomatique, ou, mieux encore, prendre sur cette ligne, à partir du trou auditif, la moitié moins un travers de doigt de la distance aurisagittale.

Dans la deuxième partie, il s'agit de la trépanation, de l'état actuel de la chirurgie cérébrale, des procédés et du manuel opératoire.

Il est à regretter qu'avec son talent d'exposition l'auteur se soit borné à de rapides considérations sur les différentes lésions qui peuvent nécessiter l'emploi du trépan; il eût été bon de baser sur des raisons autres que celles que nous présente le Dr Poirier, sa proposition de trépaner tous les cas de méningite tuberculeuse, qui est presque toujours une méningite de la base, et par cela même non accessible, et il ne peut être question, à notre avis, de comparer la laparotomie pour tuberculose péritonéale ou péritonite tuberculeuse avec une trépanation qui ne sera jamais qu'une intervention bien localisée ne pouvant agir que par la décompression.

C'est avec plus d'entrain que je suivrai notre confrère pour le traitement des épanchements intercraniens ou intra-cérébraux, celui des tumeurs cérébrales, etc.

Le manuel opératoire de la trépanation est très bien exposé. Le Dr Poirier ne néglige aucun détail, et il a raison, car c'est dans la stricte exécution de toutes les règles que gît le succès opératoire, sinon thérapeutique. A côté des instruments qu'il décrit, entre autres la pince-trépan de Farabeuf et la pince-scie construite par Collin sur les indications de l'auteur, j'aurais voulu voir décrire la nouvelle pince gouge de Matthieu, qui permet, une fois la rondelle osseuse enlevée, d'agrandir rapidement l'ouverture, sans être obligé de se servir d'une scie ou d'une nouvelle couronne.

Pour terminer, le Dr Poirier aborde la question de la résection temporaire, qui dépend, d'après lui, de la façon dont le martelage sera supporté par l'encéphale, et nous donne les règles de la trépanation de l'apophyse mastoïde.

Je ne puis que lui renouveler, en finissant cette rapide analyse, mes félicitations du début. Ce livre sera utile à tout chirurgien désireux de se mettre au courant de la topographie cranio-cérébrale et de ses applications. E. S.

CORRESPONDANCE DES DÉPARTEMENTS

Marseille, 27 juin 1891.

Rhumatisme et bains froids

Je fus appelé le 23 mars 1887 auprès de Mlle C..., âgée de 29 ans, d'une bonne santé habituelle sans antécédents fâcheux dans sa famille, sauf que son père était mort d'une affection cardiaque.

Voici ce qu'on m'a raconté :

Trois ou quatre jours auparavant elle avait donné rendez-vous à une personne qui désirait louer une maison dont elle est propriétaire. Cette personne la fit attendre plusieurs heures dans cette maison inhabitée depuis longtemps; il n'y avait pas de meubles et la température était froide et humide. Quand elle rentra chez elle, elle se plaignit de douleurs dans les genoux, qu'elle attribuait à la station debout trop prolongée.

Cet état de choses alla en s'aggravant, les douleurs envahirent peu à peu toutes les articulations, la fièvre s'établit ainsi qu'une grande agitation. Quand je la vis le 23, voici ce que je constatai :

Les douleurs articulaires, qui avaient été très intenses, qui s'exaspéraient au moindre mouvement, avaient presque entièrement disparu; on les réveillait à peine par les mouvements provoqués.

Cependant la fièvre était très vive, le poul dépassait 130, le thermomètre marquait 41 et 3°; l'intelligence était troublée, les pupilles obéissaient avec lenteur à l'action de la lumière, les battements du cœur étaient normaux sauf un léger prolongement du premier bruit. Une douleur pleurodynique assez nette se faisait sentir au niveau de la fosse sous épineuse gauche sans que l'oreille perçût quelque signe anormal.

Je fis appliquer sur le champ des compresses trempées dans de l'essence de térébenthine sur le point douloureux et sur les articulations dans le but de ramener les douleurs disparues et afin de diminuer la température, je fis faire des lotions avec de l'eau froide, souvent répétées. Devant les idées de l'entourage je n'osais pas proposer de suite les bains froids. Le lendemain, l'état était le même, la température n'avait pas baissé

Digitized by Google

n si que la fréquence du pouls; les douleurs n'avaient pas reparu, l'intelligence était plus troublée encore, on aurait dit un état de folie ; elle accusait une grande peur sans motifs, elle joignait les mains comme pour une prière, la menstruation avait reparu un peu en avance sans amener de changement.

Je n'hésitais pas alors à conseiller les bains froids dont on en donnait un toutes les trois heures et dans l'intervalle on faisait des lotions froides; chaque bain amenait un grand calme.

Un de mes confrères s'adjoignit à moi, approuvant complètement le traitement prescrit et m'aida à combattre avec succès les idées, sinon de la famille, mais celles des gardes-malades qui disaient : on n'a jamais vu mettre un malade atteint de rhumatismes dans un bain froid ; si c'était pour moi, je ne le laisserai pas faire. Le résultat démentit heureusement ces facheux pronostics; l'amélioration s'accentuait chaque jour, le thermomètre descendit à 40, puis 39, puis 38, et après une semaine, il était à 37° 5; le pouls dans sa fréquence suivait la même marche, les douleurs reparaissaient d'abord par le fait du mouvement, provoquées plus tard d'une manière spontanée. L'intelligence resta longtemps troublée; elle était comme enfantine, il y avait une insomnie opiniâtre qu'il était d'autant plus difficile de faire cesser qu'elle se refusait à prendre des remèdes ; enfin, du chloral donné en lavements ramena le sommeil, l'appétit revint lentement.

Nous cessons peu à peu les bains froids, nous bornant aux lotions froides. Elle est allée passer quelque temps à la campagne d'où elle est revenue en très bon état; elle est allé ensuite aux bains de Lamalou.

Je ne l'ai pas revue depuis son retour, mais j'ai appris qu'elle était tout à fait bien. Voilà un fait qui vient démontrer l'utilité du moyen préconisé par Maurice Reynaud contre le rhumatisme cérébral, qui est certainement une des maladies les plus graves qui existent. J'ai vu, dans ma longue carrière, plus de 25 cas de cette maladie, presque tous comme médecin consultant; pour un motif ou pour un autre, je n'ai jamais pu mettre en usage les bains froids, tous ces malades, malgré un traitement énergique, ont succombé. Je n'ai jamais eu l'occasion d'en observer dans les hôpitaux pendant ma carrière hospitalière de plus de 40 ans.

On dirait que cette maladie est l'apanage exclusif de la classe aisée.

Voici un autre fait tout aussi concluant au point de vue de l'efficacité de l'eau froide dans le rhumatisme cérébral.

Au mois d'août dernier je fus appelé en toute hâte chez M. X., âgé de 39 ans, sujet à des attaques de rhumatisme peu intenses; depuis quelques jours il éprouvait de vagues douleurs dans les genoux, douleurs auxquelles il faisait peu d'attention, restant le soir exposé pendant plusieurs heures à l'humidité sur la terrasse de la villa qu'il habitait, allant souvent faire de longues promenades sur mer. Tout à coup le 27 août, après avoir souffert pendant quelques jours d'une manière plus accentuée dans les genoux et les articulations tibio-tartiennes, avec tuméfaction, la fièvre augmenta soudainement en même temps que les douleurs diminuaient. Je le vis à trois heures de l'après-midi avec mes confrères les Drs Mageois, Jourdain et Gilly et le trouvai dans l'état suivant: intelligence complètement nulle, pouls à 140 faible et un peu irrégulier, le thermomètre marquait 41 et 8°, les douleurs étaient nulles, on pouvait ramener les membres sans lui arracher le moindre signe de douleur. Nous n'hésitons pas à lui faire prendre un bain froid et nous portons un facheux pronostic à très court délai — on le transportait au bain comme un vrai cadavre ; — nous prenons rendez-vous pour six heures du soir, nous demandant s'il serait encore en vie. Nous le trouvâmes un peu moins mal et lui fîmes prendre un nouveau bain froid et un troisième à dix heures. Quand nous le revîmes, nous ordonnons au docteur qui passait la nuit au chevet du malade de lui faire prendre un bain froid chaque trois heures et plus souvent si la température s'élevait. Chaque bain produisait, outre un abaissement notable du thermomètre, un et même deux degrés, mais encore un grand bien-être. L'intelligence reparaissait graduellement, le pouls se ralentissait, le sommeil qui avait fui, revenait, il ne restait plus qu'une altération singulière de la voix; il ne pouvait parler à voix basse, il criait comme quand on parle à des sourds, il y avait un peu de faiblesse des mouvements des membres supérieurs qui s'étendait aux jambes sans que la sensibilité fût notablement altérée. Nous avons continué les bains froids pendant une vingtaine de jours en les espaçant cependant. Je l'ai revu il y a quelques jours et voici ce que j'ai constaté. L'intelligence est parfaite, il n'a cependant aucun souvenir de l'état grave dans lequel il s'est trouvé, ce temps est maintenant rayé de son existence; la voix est encore un peu éclatante, les doigts sont paralysés surtout dans le sens de la flexion; les jambes lui refusent leur service sans qu'il y ait cependant l'incohérence du tabétique et la marche en penchant du paralytique; il a de la crainte à marcher seul et cependant, il remue les membres inférieurs et supérieurs à sa volonté, étant couché. A part celà il est bien, il digère bien, son appétit est revenu ainsi que le sommeil. Je lui ai conseillé quelques bains sulfureux et l'emploi de la noix vomique à dose croissante. Je l'ai revu l'autre jour avec mes deux confrères et nous l'avons trouvé dans le même état; les bains sulfureux et la noix vomique n'ayant amené aucun résultat, nous lui avons conseillé alors d'aller faire une saison aux bains de Lamalou.

Ces faits, que je viens de relater, sont certainement communs à l'heure présente et si je les ai cités, c'est afin d'encourager mes confrères à employer un semblable moyen et leur fournir des armes pour lutter avec succès contre les préjugés des familles.

Dr Girard,
Professeur honoraire à l'Ecole de médecine de Marseille.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES FRANÇAISES

Lyon : **Société nationale de médecine** (8 juin 1891). I. *Péritonite idiopathique suppurée chez l'enfant.* — **Société des sciences médicales** (17 juin 1891). II. *La blennorrhagie des petites filles.* — Montpellier : **Société de médecine et de chirurgie pratiques** (13 mai 1891). III. *De la syphilis tertiaire.*

I. **Péritonite idiopathique suppurée chez l'enfant.** — Ce mot idiopathique disparait heureusement de plus en plus de la nomenclature nosologique. Cependant M. Perret est de ceux qui le conservent. Est-ce par nécessité ? Est-ce de bon gré ?

Dans l'observation dont il s'agit, la première hypothèse semble la plus vraisemblable.

La malade, une fillette de neuf ans, accusait depuis quelques jours des douleurs abdominales quand, tout à coup, elle fut prise de coliques, de vomissements et de diarrhée fétide. Elle présenta rapidement tous les symptômes d'une péritonite suppurée à laquelle elle succomba.

L'autopsie confirma ce diagnostic par la présence du pus dans le péritoine et l'absence, du côté des viscères, de lésions pouvant expliquer ce fait pathologique.

Pour en donner une interprétation, M. Perret invoque la présence des microbes dans le pus ; hypothèse un peu gratuite, ce semble, puisque l'analyse bactériologique de ce pus n'a pas été faite. Voici le raisonnement de notre confrère lyonnais : raisonnement qui, d'ailleurs, il faut le dire, n'a pas paru satisfaire tous ses collègues de la Société de médecine de Lyon. MM. Lacassagne, Bondet et autres estiment, en effet, avec

Digitized by Google

raison que toujours et partout on met trop le microbe en cause.

M. Perret déclare que les causes invoquées en pareil cas, telles que la période prémenstruelle, le froid, l'ingestion des boissons glacées, ne semblent agir ici qu'en préparant le terrain à l'action des microbes pathogènes. En effet, ajoute-t il, Grawiz et Laruelle, dans leurs expériences sur les animaux, ont pu réaliser des péritonites avec des microbes pyogènes ou autres, mais à la condition d'employer pour véhicules de leurs cultures des liquides irritants. Tous deux ont prouvé qu'une modification antérieure ou concomitante de la séreuse était nécessaire ; d'où l'influence de la préparation du terrain.

Bien que cliniquement peu de recherches aient été faites dans ce sens, cependant les faits de Weichselbaum, de Balay et Courtois-Suffit, de Netter, de Sevestre (pneumocoques), de Leyden, Fraenkel (streptocoques) montrent l'intervention des microbes pathogènes dans la péritonite idiopathique.

M. Perret, en s'appuyant sur les caractères du pus et la marche de la maladie, l'examen bactériologique n'ayant pas eu lieu par le fait d'une circonstance indépendante de sa volonté, croit qu'il s'agissait dans son cas d'une péritonite à pneumocoques.

Si ces hypothèses étaient justifiées, l'indication thérapeutique, dans un cas semblable, serait de pratiquer la laparotomie. A ce point de vue, il y aurait donc un intérêt clinique à la confirmer par des faits plus décisifs que le précédent.

II. **La blennorrhagie des petites filles.** — Des observations précises et complètes, M. Aubert n'en cite aucune; c'est une simplification, mais non une démonstration.

A son avis, dans la question médico-légale de la blennorrhagie des petites filles, il faut éviter tout jugement trop prompt. Qui se hâte lentement, dit un proverbe, agit prudemment.

C'est un proverbe, paraît-il, que les Lyonnais connaissent bien M. Aubert conseille donc de le mettre en pratique et, pour le prouver, admet que, dans nombre de cas, la blennorrhagie infantile est causée, non pas par un attentat à la pudeur, mais par l'insuffisance de soins de propreté de la part de parents contaminés qui communiquent la maladie à leur enfant.

Il le prouve au moyen de l'observation unique d'une fillette qui a été infectée par son père, dont la blennorrhagie latente aurait pu passer sans être aperçue, si on n'avait pas soumis cet individu à un examen des plus attentifs.

On le voit, bien que de minime importance en apparence, ce fait démontre cependant la gravité d'une expertise médico-légale dans un cas semblable. A ce point de vue, sans nul doute, le fait cité par M. Aubert et ses remarques judicieuses, sont dignes de fixer l'attention.

III. **De la syphilis tertiaire.** — Au même point de vue de la médecine pratique, M. Debru a communiqué à la Société de médecine de Montpellier une observation importante. C'était celle d'un individu qui, à vingt-deux ans, contracta en Afrique un chancre syphilitique et qui, vingt-quatre années après, a présenté des phénomènes tertiaires. Certes, de tels exemples ne sont point extraordinaires ; n'est-ce pas raison pour ne point les mentionner quand ils se présentent?

En abrégé, voici cette observation. A vingt-deux ans, je le répète, ce malade contracte un chancre syphilitique, à la suite duquel apparaissent des accidents secondaires qui durent un an. Puis latence de la diathèse pendant dix sept ans ; à 39 ans, apparition d'accidents tertiaires du côté des fosses nasales. Au bout de deux ans, le malade entre à l'hôpital de Nimes ; on lui enlève des séquestres provenant de la nécrose des cornets ; ensuite il entre à l'hôpital Saint-Eloi, pour des ulcérations gommeuses du voile du palais.

Après plusieurs nouveaux séjours à l'hôpital, où on lui retira des séquestres provenant du vomer, des os propres du nez, des os palatins, le malade entre dans le service de M. Debru.

A son arrivée, on constate la présence d'une gomme palpébrale sur la paupière supérieure gauche, des hyperostoses de la clavicule et de la crête du tibia gauche, une exostose considérable du tiers moyen du cubitus gauche et des ganglions nombreux et très durs. Le nez, effondré, n'est représenté que par le lobule ; il n'y a plus de cloison ni de sous-cloison. Une cavité unique a remplacé les fosses nasales et permet d'arriver jusque sur le sphénoïde.

Depuis quelque temps, le malade éprouve de la céphalée au niveau de la bosse frontale droite, des tiraillements dans les membres, de la surdité de l'oreille gauche par obturation du conduit auditif et peut être aussi du conduit de la trompe d'Eustache. Tout récemment, M. Brousse a constaté un foyer gommeux en voie de ramollissement au-devant du sphénoïde, à côté et en dedans de la paroi orbitaire interne du côté droit.

Du côté de la cavité buccale : il y a une perforation des maxillaires supérieurs à 1 centim. 1/2 de l'arcade dentaire, du voile du palais plus en arrière. Les os palatins sont remplacés par un voile fibro-membraneux perforé à sa partie médiane. Le voile du palais se réduit à une arcade formée par la juxtaposition de la luette et des quatre piliers. Tous ces organes sont sur un même plan. La luette, déviée du côté droit, laisse voir toute la paroi postérieure du pharynx. Les piliers ne décrivent pas d'arc de cercle, l'espace triangulaire situé entre les deux piliers de chaque côté a disparu, ainsi que les amygdales.

On diagnostique une syphilis tertiaire déjà ancienne.

Dans les fosses nasales, la syphilis a suivi une marche incessamment envahissante qui ne paraît pas être encore arrêtée. Il y a, de plus, une pollakiurie assez intense et une difficulté de la déglutition. Pendant cinq ans, le malade n'a pas suivi de traitement, ou du moins ce traitement a-t-il été insignifiant. Depuis deux ans et demi seulement, il prend de l'iodure, nous ignorons à quelle dose.

Depuis, il a été soumis à l'iodure et au mercure réunis avec le sirop de Gibert. 20 jours de ce traitement n'ayant été suivis d'aucun résultat, on a institué l'iodure et les frictions mercurielles. Grâce aux applications d'emplâtres de Vigo, la gomme palpébrale est guérie, mais la persistance de la céphalée et la présence d'un foyer gommeux dans la cavité nasale semblent indiquer que la poussée actuelle n'est pas enrayée.

Localement, des pulvérisations ou lavages antiseptiques seront pratiqués dans la cavité nasale. L'iodure, donné au début à la dose de 3 grammes, sera augmenté progressivement.

L'intensité des lésions bucco-nasales est considérable et intéressante. Ne faut-il pas chercher la raison de cette localisation privilégiée de la syphilis dans l'existence d'une prédisposition locale, dont on trouverait l'origine dans une irritation locale, comme l'abus du tabac ?

C'est une théorie à défendre, mais après l'avoir défendue, on ne l'oubliera pas, elle peut, hélas ! — ne plus être défendable.

S. R.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 25 mai 1891

Présidence de M. le Dr Descroizilles

Le procès verbal de la précédente séance est lu, mis aux voix, et adopté.

La correspondance imprimée comprend une lettre du Dr Chapplain, directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie

Digitized by Google

de Marseille demandant à la Société de concourir à l'étude, mise à l'ordre du jour du prochain congrès de l'Association pour l'avancement des sciences, de la question de la tuberculose au point de vue du traitement; la *Gazette de gynécologie*; un numéro de l'*Art Dentaire*; le *Journal médical de Bourbonne-les-Bains*; le livre, 19me session du congrès de Limoges de l'Association Française pour l'avancement des sciences.

M. Dauchez fait une communication sur l'**hypertoxémie tardive dans la diphtérie**. (Voir p. 356).

M. Tripet remarque, dans la première observation de M. Dauchez, la température est montée, de suite à plus de 40° centigr., fait anormal.

M. Dauchez explique cette élévation si brutale par une infection d'emblée.

M. Descroizilles pense que, dans la majorité des cas de diphtérie, la température ne dépasse pas 39°; lorqu'elle atteint 40°, le cas devient douteux, et détermine des appréhensions si la diphtérie est certaine. Une température excessive dans une diphtérie non douteuse est certainement toxique, et doit aboutir à une termination funeste. Il pense, comme M. Dauchez, qu'on doit être ménager dans l'application du traitement de M. Gaucher (1).

M. Dauchez pense que le grand inconvénient est dans la douleur; car il n'y a pas d'intoxication phéniquée.

M. Descroizilles reconnait aussi qu'il n'y a pas de danger au point de vue de l'absorption phéniquée, mais il croit que l'action par friction phéniquée est caustique et préfère de beaucoup les irrigations.

M. Cazaux, il y a trois ans, observa aux Eaux-Bonnes une diphtérie légère chez un enfant, qui guérit sans avoir été malade en apparence.

M. Dauchez croit bien que la diphtérie est locale au début, mais devient très vite infectieuse, témoin les paralysies diphtéritiques succédant à des angines très légéres. Pour sa première observation il est persuadé que pendant les onze premiers jours, la diphtérie a été locale, et que, brusquement l'infection s'est généralisée en trente-six heures.

M. Cazaux lit une observation sur une **parésie laryngienne à la suite de l'influenza**. (Voir p. 374).

M. Tripet demande pourquoi M. Cazaux parle de paralysie nerveuse, en l'attribuant à l'influence de toxines?

M. Cazaux répond que le cas était très difficile et que le traitement a confirmé le diagnostic (électrisation par les courants continus peudant deux mois.

M. Reliquet demande à M. Cazaux si l'on a pu isoler les toxines de l'influenza. Il croit que la malade de M. Cazaux était une hystérique.

M. Descroizilles trouve que l'on étend trop volontiers le domaine de l'influenza. Quant à sa nature bactérienne elle est probable, mais pas encore démontrée.

Dr Tripet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 juin 1891

Présidence de M. le Dr Terrier

Traitement des fractures de la rotule par la suture osseuse. — M. Championnière. Cette méthode dont il a été le principal propagateur en France, a fait ses preuves et est aujourd'hui acceptée par un certain nombre de chirurgiens comme le meilleur mode des fractures de la rotule. Cette préférence est facile à concevoir, lorsque l'on voit les résultats ordinaires des appareils, qui sont généralement médiocres ou mauvais Ils ne rapprochent pas utilement les fragments entre lesquels sont toujours interposés une couche fibreuse et des caillots sanguins. L'ouverture de l'articulation permet seule de libérer les fragments et de vider le genou des liquides épanchés. Les divers appareils ne peuvent donner ces premiers résultats indispensables à une bonne coaptation, c'est pour cette raison qu'ils ne valent rien. Quelles que soient la forme et les apparences de la fracture, il faut en arriver à la suture, seule elle donne un point d'appui solide au tendon du droit antérieur de la cuisse, et permet l'extension complète de la jambe. M. Championnière emploie pour la suture, de préférence aux fils mous, de gros fils d'argent qui ne coupent pas les os et ne se rompent pas dans les efforts d'extension ; il fait marcher ses opérés au bout de dix à vingt jours.

En résumé, il n'existe qu'un seul traitement des fractures de la rotule, c'est la suture des fragments. Quelques réserves cependant doivent être faites. Il faut voir si l'âge du sujet, si la santé lui permettent de supporter une grande opération; s'il n'est ni diabétique ni albuminurique. Enfin une antisepsie absolue est la première condition de succès de l'opération.

M. Berger. Depuis qu'il soigne des fractures de la rotule, il a été souvent mécontent de l'action des appareils, quels qu'ils soient; ils produisent une consolidation insuffisante et des raideurs articulaires par le fait d'une immobilisation prolongée. Il en est donc peu partisan, quand on peut les éviter. La suture de la rotule est le traitement de choix chez les jeunes sujets; elle doit au contraire être évitée chez les cachectiques, les vieillards. Mais il ne faudrait pas conclure de ce qui précède que les appareils ne donnent que de mauvais résultats. Lorsque l'écartement des fragments est peu considérable, l'épanchement articulaire modéré, on peut obtenir par les appareils un cal osseux ou fibreux très court qui permet de bons mouvements d'extension. De plus, il faut ne pas proscrire les appareils et les laisser à la disposition de la grande majorité des médecins qui, ne connaissant pas la pratique de l'antisepsie, ne peuvent pratiquer l'arthrotomie.

M. Kirmisson Il faut proportionner les moyens aux cas que l'on a sous les yeux. La nature ne donne des résultats efficaces que dans les grands écartements. Les résultats ne peuvent être appréciés que deux ou trois mois après l'opération; il faut examiner si à une période tardive le cal ne se laisse pas allonger. Chez le malade présenté par M. Championnière et suturé depuis vingt jours, quoique la marche et l'extension de la jambe soient faciles, il existe un épanchement articulaire notable ; ce liquide ne pourrait-il pas déterminer une arthrite et une atrophie consécutive du triceps fémoral ? Avant de juger définitivement la question, il serait bon de revoir ces malades au bout de plusieurs mois et de plusieurs années. H. M.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 juin 1891

Présidence de M. le Dr Labbé.

Des rash dans la varicelle. — M. Chauffard. — Les rash dans la varicelle sont moins rares qu'on le pense généralement. Pendant son internat en 1879 dans le service de M. Archambault, à l'hôpital des Enfants malades, M. Chauffard en a observé plusieurs exemples typiques. Un enfant de trois ans et demi entre à l'hôpital le 2 juillet, au début d'une éruption de varicelle; le lendemain la fièvre tombe pour se réveiller le 4; on note alors une belle éruption granitée scarlatiniforme, occupant le tronc et les membres inférieurs. Il n'existe pas d'angine, pas d'engorgement des ganglions cervicaux; le 5,

(1) Voir plus haut, p. 417.

Digitized by Google

éruption est en voie de diminution ; le 6, elle a complètement disparu, ainsi que la fièvre. Les pustules se dessèchent, la maladie se termine régulièrement, sans aucune desquamation ni albuminurie. Il s'agissait donc dans le cours d'une varicelle d'un rash n'ayant aucun rapport avec la scarlatine.

M. Chauffard rapporte une observation de varicelle avec rash identique à la précédente.

Le rash scarlatiniforme n'est pas le seul que l'on puisse observer dans la varicelle, elle peut s'accompagner d'un rash rubéolique, ainsi que l'auteur en rapporte un exemple. Il s'agit d'un enfant qui, pendant la période éruptive d'une varicelle, fut atteint d'un rash à papules discrètes, semblables à celles de la rougeole, occupant le tronc et les membres inférieurs : il n'existait pas d'exanthème ni de catarrhe des muqueuses. Ce rash dura fort peu de temps et la guérison fut régulière. Ces exemples prouvent que les rash ne sont pas très-rares dans le cours de la varicelle, qu'ils peuvent se rattacher à plusieurs types et ne comportent pas un pronostic fâchaux.

Stomatite diphtéroïde à staphylocoques (Stomatite impétigineuse). — MM Sevestre et Gaston ont observé plusieurs exemples de cette variété de stomatite peu décrite, souvent confondu avec la gangrène de la bouche ou la diphtérie. Cliniquement elle affecte la face interne des lèvres, est caractérisée par de petites plaques blanchâtres, d'apparence diphtéroïde, qui ne peuvent être détachées de la muqueuse et guérissent d'ordinaire en une semaine.

La stomatite diphtéroïde occupe une place distincte dans les inflammations buccales quoiqu'elle puisse être considérée jusqu'à un certain point comme une infection secondaire; elle se distingue nettement des autres variétés de stomatites. Elle débute toujours sur les lèvres, surtout sur la lèvre inférieure, près de la ligne médiane ou des commissures; par de petites plaques opalines, demi-transparentes puis d'un blanc grisâtre. Ces plaques sont intimement adhérentes à la muqueuse dont on peut les détacher sans amener du sang. Elles mesurent cinq à six millimètres de long sur deux à trois millimètres de large. Jamais elles ne se développent sur les gencives, plus rarement on le voit sur la face interne des joues, la voûte et le voile du palais, la luette, sur les bords et la pointe de la langue où elles affectent une forme allongée. Les amygdales, le pharynx sont toujours indemnes.

L'évolution de cette petite maladie est rapide. L'éruption se fait en un seul temps ; puis les plaques diminuent d'épaisseur, se rétrécissent et disparaissent. Sur le bord des lèvres les plaques prennent un aspect spécial; elles se dessèchent en croûte noirâtre saignent et s'ulcèrent quelquefois, ainsi qu'au niveau des commissures. Dans ces conditions il n'est pas rare de voir les lèvres tuméfiées.

Il n'existe pas de fétidité de l'haleine, ni de douleurs, à moins que les plaques ne soient fendillées et saignantes. Pas de fièvre; engorgement cervical ganglionnaire très modéré.

La stomatite diphtéroïde s'observe chez les enfants débilités par une mauvaise alimentation, dans le cours de la rougeole, de la coqueluche, de l'impétigo de la face.

Elle présente des caractères très tranchés qui permettent de la reconnaître aisément. Disons d'abord qu'elle n'offre pas d'analogie avec les aphtes, le muguet, la gangrène buccale, les syphilides.

La stomatite ulcéro-membraneuse s'en distingue par son siège sur les gencives, la gorge, les joues, par ses ulcérations, la fétidité de l'haleine, l'engorgement des ganglions du cou, par les phénomènes généraux beaucoup plus graves.

La diphtérie envahit le pharynx, les amygdales toujours respectées par cette variété de stomatite; son développement est progressif; ses plaques, beaucoup plus étendues, sont moins adhérentes; il est possible de les détacher avec un pinceau ; cette manœuvre est beaucoup plus difficile dans le cas qui nous occupe; il faudrait alors déchirer la muqueuse.

Enfin la diphtérie s'accompagne parfois d'un engorgement ganglionnaire énorme que l'on n'observe pas dans la stomatite diphtéroïde. L'examen bactériologique donne des résultats complètement différents. La méthode des cultures permet de reconnaître dans ces plaques, à l'exclusion de tout autre microbe, le staphylococcus pyogène aureus, qui joue un rôle exclusif et montre l'autonomie de cette affection. Peut-être pourrait-on rapprocher cette stomatite de l'impetigo de la face caractérisé par le même microbe. En effet, M. Sevestre a observé la coïncidence de ces deux affections sur le même sujet. Cette coïncidence avait déjà été signalée par M. Bergeron sous le nom de phagédénisme des lèvres ou d'impétigo buccal.

Quoiqu'il en soit, la stomatite diphtéroïde est complètement distincte de la diphtérie et des autres stomatites: son pronostic est bénin. Elle guérit aisément par l'emploi des toniques et de l'antisepsie buccale.

M. Netter. — Un auteur allemand a signalé une stomatite aphteuse, caractérisée par le staphylococcus pyogenes aureus ; ce fait est intéressant à rapprocher des observations de M. Sevestre. Il n'est pas douteux que cette affection se distingue complètement de la diphtérie. Le staphylocoque est susceptible de déterminer des fausses membranes dans la bouche comme le pneumocoque, comme le bacille de Lœffler. Des travaux récents ont montré que les angines pseudo-membraneuses à staphylocoques ne sont pas rares; elles sont bénignes. Il est important de connaître ces faits, car on pourrait les confondre avec la diphtérie, ce qui a une grande utilité au point de vue du pronostic, de l'isolement des malades et des mesures de désinfection à prendre.

M. Comby a rapporté à la Société clinique un cas de localisation d'impétigo sur la muqueuse buccale. Il a observé plusieurs fois chez des enfants la coïncidence de pustules d'impétigo de la face, de la conjonctive avec la stomatite que M. Sevestre vient de décrire. Une fois même une pustule était à cheval sur la peau; et la muqueuse de la lèvre inférieure, du côté de la peau, la pustule avait son aspect ordinaire, tandis que du côté de la muqueuse, elle était recouverte d'une membrane diphtéroïde. Pour lui, il n'est pas douteux que l'impétigo et la stomatite diphtéroïde soient deux affections du même genre, mais empruntant à leur siège des caractères différents.

M. Chantemesse. — Quand on coupe une amygdale, il se produit sur le moignon une fausse membrane semblable à celles de la diphtérie par son aspect et ses autres caractères. Elle s'enlève aisément, revient, puis finit par disparaître sans avoir envahi d'autres régions. Cette membrane contient des streptocoques, des staphylocoques et même des bacilles de Lœffler ; ceux-ci n'ont aucune virulence, ne déterminent aucun accident après inoculation à des animaux ; il semble que ce soit un microbe pseudo-diphtérique et cependant ses caractères morphologiques sont les mêmes que ceux des bacilles diphtéritiques les plus virulents. On sait d'ailleurs que la salive de sujets sains renferme à l'état normal des streptocoques, des staphylocoques, des bacilles de Lœffler, qui ne donnent lieu à aucun accident. On peut penser qu'il s'agit de microbes atténués, retrouvant leur virulence dans des conditions encore inconnues.

Quant aux stomatites, on peut les regarder comme des infections secondaires, se développant à l'occasion d'une ulcération traumatique ou impétigineuse de la bouche.

Hystérie mâle. — M. Raymond présente un homme de 28 ans, atteint de diverses manifestations hystériques, entre autres de bégaiement et d'ophtalmoplégie externe hystérique.

Dr H. Marcigney.

Digitized by Google

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 juin 1891

Présidence de M. le Dr Tarnier

M. Houzel lit une observation de fracture du crâne, avec enfoncement du pariétal droit, trépanée et guérie.

M. Duroy lit une note sur l'iodure d'antipyrine.

Des médicaments modérateurs du cœur. — M. G. Sée déclare que la digitaline n'agit pas sur la systole cardiaque; elle agit seulement sur la diastole en modifiant l'état élastique du myocarde. Si la digitaline agissait sur la systole, comme on le dit, elle arriverait à produire la tétanisation du cœur. La digitaline produit la dilatation du cœur, alors la systole envoie une plus grande partie de sang dans les vaisseaux.

La strophatine est remarquable en ce qu'elle augmente la pression sanguine, elle n'est pas diurétique ; c'est un vasoconstricteur général. Elle est plus violente comme action que la digitaline, mais elle est moins constante et a des effets moins durables que cette dernière.

La digitaline Nativelle doit se prescrire à la dose d'un demi-milligramme par jour, la strophantine à celle d'un quart de milligramme. L'iodure de potassium doit être donné à la dose de trois grammes par jour en trois doses dans du lait ou de la bière au moment des repas. Il faut le prescrire pendant cinq jours sur sept. Les sirops iodurée sont moins bien supportés que les solutions aqueuses

Le sulfate de spartéine se donne à la dose de dix à vingt centigrammes pendant une huitaine de jours. Son action est instantanée. La caféine se donne à la dose d'un gramme par jour, en injections sous-cutanées ; son action est prompte, mais passagère Il ne faut pas la continuer pendant plus de trois jours. La théobromine se donne à dose cinq fois plus forte: elle n'excite pas le cerveau.

Elections. — M. Chauveau est nommé membre titulaire dans la section d'anatomie et physiologie par 54 voix sur 73 votants.

INFORMATIONS

FRANCE

La déclaration des maladies épidémiques et les Sociétés médicales parisiennes. — L'article 20 du projet de loi sur l'exercice de la médecine actuellement en étude devant le Sénat, prescrit sous peine d'amende la déclaration des maladies épidémiques. On sait que cette disposition, si elle venait à devenir légale, serait une atteinte au secret médical. La Société médicale du 7e arrondissement et la Société de médecine pratique l'estiment telle et viennent d'adresser au Sénat une pétition dont voici les conclusions :

1° *L'obligation de la déclaration des maladies épidémiques est inefficace et impraticable pour le médecin ;*

2° *Cette obligation devra trouver sa place, non dans une loi sur l'exercice de la médecine, mais dans une loi sur le service sanitaire, loi qui déterminera les personnes auxquelles cette déclaration devra incomber.*

On commence par imposer au médecin la déclaration ; mais on oublie d'imposer à l'administration les moyens de prévenir ces maladies. C'est placer la charrue devant les bœufs !

La réforme de l'enseignement et les Ecoles de médecine de province. — L'Association des professeurs de toutes les Ecoles de Médecine de France vient d'envoyer aux Sénateurs une adresse dans laquelle elle attire leur attention sur les points suivants :

1° La nécessité de conserver et de développer les Ecoles préparatoires de Médecine ;

2° La nécessité de permettre aux élèves de prendre toutes leurs inscriptions dans les Ecoles préparatoires, c'est-à-dire la liberté pour eux de faire leurs études là où ils trouveront la plus grande convenance ;

3° La nécessité de leur permettre de passer dans ces mêmes Ecoles, au moins les deux premiers examens de leur doctorat, avec un jury mixte ;

4° La nécessité de restreindre, au moins d'une année, le temps employé par eux à l'obtention de leurs diplômes préparatoires ;

5° La nécessité, enfin, de mettre les élèves, dès leur entrée à l'Ecole, à des études sérieuses de médecine proprement dites, anatomie, physiologie, pathologie, clinique, et de répartir l'étude des applications des sciences à la médecine dans le courant des trois dernières années de scolarité, quand ils sauront déjà assez de médecine pour les comprendre, ce qui entraînera forcément un changement notable dans l'ordre et l'époque des examens probatoires, et ce qui permettra de rétablir, en tout ou en partie, les examens de fin d'année, moyen le plus puissant de contrôle que nous possédions du travail de nos élèves.

ÉTRANGER

Allemagne. — **Le bégaiement en Prusse.** — On y bégaie pas mal, paraît-il, et sur 100 écoliers, 10 d'après M. Gutzmann sont en possession de cette infirmité ; de sorte que le nombre des enfants bègues, en âge scolaire, serait de 30,000 dans le royaume de Prusse.

Les bègues du sexe masculin sont plus nombreux que ceux du sexe féminin et trois fois plus nombreux pour les enfants des écoles que pour ceux qui ne fréquentent point ces établissements. Enfin, point de différences dans la statistique du bégaiement dans les villes ou dans les campagnes.

Autriche. — **La mortalité par l'influenza.** — L'épidémie de 1889-1890 commença en novembre 1889 et se termina vers le milieu de janvier 1890. Il y eut, dans l'empire austro-hongrois, 930,478 victimes qui furent l'objet de soins médicaux. Sur ce nombre on en compte 42,794 à Vienne. La mortalité totale a été de 2,823 décès dont 338 à Vienne.

Turquie d'Europe. — **L'antisepsie obligatoire et les sages femmes dans l'empire ottoman.** — Un arrêté du Conseil des affaires médicales civiles vient de rendre l'antisepsie obligatoire. Il est ainsi libellé :

1. — Les sages-femmes appelées auprès des femmes en couche sont tenues de faire la plus grande attention à la propreté; elles devront porter des habits propres, couper et se brosser soigneusement les ongles et laver leurs mains Elles ne doivent, sous aucun prétexte, garder les linges sales des femmes en couche, ainsi que des autres objets salis.

2. — Après avoir coupé et brossé leurs ongles et lavé leurs mains, elles devront aussi se nettoyer au moyen d'un désinfectant, dont la formule est communiquée à toutes les pharmacies.

3. — Aussitôt qu'une sage-femme voit des symptômes de maladie sur une femme en couche, et que le diagnostic médical découvre une fièvre puerpéale, la sage-femme ne doit soigner une autre femme en couches, sans avoir pris des bains et changé ses linges et ses habits.

4. — Les contrevenants à ces instructions seront passibles de peines sévères.

D'autre part :

Par décision du même conseil, les pharmaciens doivent tenir à la disposition des sages-femmes, à prix réduit, une solution antiseptiques ainsi composée :

Eau distillée.	500 grammes.
Acide phénique.	15 —

Digitized by Google

Cette solution sera désignée du nom de « Lotion pour sages-femmes » et portera sur l'étiquette couleur d'orange : Lotion pour sages-femmes. Usage externe » en écriture lisible et libellée en plusieurs langues.

NOUVELLES MILITAIRES

Nominations dans le corps de santé militaire (Armée territoriale. *Au grade de médecin-major de 2e classe* : Les médecins-majors de 2e classe de l'armée active démissionnaires : MM. Pascal, Augiéras, Brault de Bournonville, Lagrange et Dève.

Nominations dans le corps de santé de la marine (Activité). *Au grade de médecin principal.* MM. les médecins de 1re classe : Rémond, Ambiel.

Au grade de médecin de 2e classe. MM. les médecins de 2e classe ; Martine, Rousseau, Le Méhauté.

VARIÉTÉS

La rougeole en Angleterre. — Cette maladie y augmente de fréquence. De 1871 à 1880, elle donnait 214 décès par million d'habitants, en Angleterre et dans le pays de Galles. De 1881 à 1890, ce coefficient s'est élevé à 927.

Parmi les enfants, les rubéoleux ont en moyenne l'âge de 2 à 4 ans. Leur nombre est maximum au printemps et minimum à l'automne.

Statistique de l'éclampsie puerpérale. — Du 1er avril 1888 au 1er octobre 1890, d'après M. Lohlein, on a relevé 325 cas d'éclampsie puerpérale sur 53,388 accouchements pratiqués à Vienne et à Berlin. Soit 1 sur 67 dans la Maternité de cette dernière ville et 1 sur 318 dans celle de la première. Il y a eu 19,38 décès pour cent cas d'éclampsie, soit 4.5 pour cent chez les primipares éclamptiques post partum, et 29,4 pour cent chez des multipales éclamptiques anté-partum.

L'halvine, succédané de la quinine. — Cette plante, d'origine asiatique, a pour avocat M. Hunter, et pour vertus d'être, paraît-il, antipaludéenne. Les préparations ne provoqueront point l'ivresse quinique ; seront toniques et employées quotidiennement comme agents prophylactiques, n'auront aucun des inconvénients de la quinine. Ces assertions sont à contrôler et ces vertus à vérifier. L'halvine paraît en effet être un amer plutôt qu'un fébrifuge.

La phanéroscopie. — Ce procédé, ou lairage de la peau est inspiré, dit Liebreich, par ce fait que les tissus de l'organisme sont perméables pour les rayons lumineux. La main mise au-devant d'une source lumineuse, le soleil par exemple, paraît rouge. La couche cornée laisse peut-être passer les rayons lumineux qui, dans les couches profondes, sont réfléchis et forme une lumière jaune-dorée ne laissant pas passer la lumière réfléchie sur les bords, mais ne présentant pas une intensité suffisante pour empêcher le passage des lumières rouges au centre. Quand on applique le sthétoscope sur un doigt, en tournant le dos à la source lumineuse, on trouvera, en regardant dans le tuyau, une surface jaune claire avec un cercle rouge au centre.

L'examen phanéroscopique se fait à l'aide d'une lentille enchâssée dans un cylindre métallique. Quand la peau est éclairée à l'aide de cette lentille, on trouve une surface transparente rouge. En approchant la lentille, la surface rouge augmente, et la transparence devient le plus accusée lorsque l'image lumineuse est projetée dans la peau. Plus la région est riche en capillaires, plus la surface transparente rouge est accusée. Dans les endroits où les capillaires sont oblitérés, le cercle lumineux rouge sera à peine accusé.

Ce moyen de diagnostic rendrait des services dans l'exploration des dermatoses et, en particulier, des plaques lupiques.

Une liqueur conservatrice des préparations anatomiques proposée par M. B. Thoma (de Dorpat) dans le but de conserver aux préparations leur coloration normale, elle consiste à les immerger dans des solutions A ou B suivantes :

Sulfate de soude.....	(A) 100	grammes	(B) 60	grammes.
Chlorure de sodium..	100	—	100	—
Chlorate de potasse..	100	—	30	—
Nitrate de potasse...	20	—	10	—
Eau.....	1000	—	1000	—

Après un séjour de vingt-quatre heures dans ce liquide, la préparation sera placée dans l'alcool pur que l'on renouvellera une fois ou deux. Pas d'altérations de structure ; mais seulement, après quelque temps, coloration brune remplaçant la coloration rouge par la transformation de l'hémoglobine en méthémoglobine.

Une question d'histoire médicale. — *Le traitement de la chlorose par la saignée.* — C'est notre très estimé et cher collaborateur, M. le Dr Liégeois (de Bainville-aux-Saules), qui formule la question suivante et y répond ainsi :

« Est-il vrai, écrit-il, comme on l'a écrit récemment, que le « traitement si « paradoxal » de la chlorose par la saignée « a pour parrain le Dr Dyes (de Hanovre) ? Laache a fait voir « que Faye (de Christiania), il y a près de 40 ans, avait pra- « tiqué deux fois avec succès une série de petites saignées à « des chlorotiques « dans le but d'améliorer leur nutrition ». « Mais la priorité de cette méthode thérapeutique nous semble « plutôt revenir à un français, Lazare Rivière, qui, à la page « 368 de ses œuvres (*Lazari Riverii ; Opera medica universa*, « Lugduni, MDCXCVIIII), a écrit ce qui suit au chapitre *De* « *chlorosi* : « Venæ sectio erit celebranda, si affectus non « fuerit inveteratus admodum, et puella valde exsanguis vel « ad cachexiam inclinans. Vena autem brachii ab initio erit « aperienda, quamvis menstrua suppressa fuerint. Si enim ex « pede sanguis tunc temporis detrahatur, majores fient vena- « rum uteri obstructiones, aucta earum plenitudine. Ex brachio « denique sinistro sanguis detrahetur, si lien magis obstructus « sit : è dextro vera, si hepar obstructiones magis invaserint ».

Est-ce clair ? Rivière saignait les chlorotiques pour dégorger la rate et le foie ; Dyes les saigne parce que la chlorose est « un genre particulier de pléthore » ; la seconde explication vaut-elle mieux que la première ?

Moyen d'extraire une aiguille hors du talon. — Ce procédé, ingénieux d'ailleurs, vient d'Amérique et du *Pacifica médical journal*, de San Francisco :

Une fillette s'était enfoncé une aiguille dans le talon et ne pouvait plus marcher que sur la pointe du pied. On sentait bien l'extrémité cassée de l'aiguille, mais toute tentative d'extraction ne servait qu'à la faire pénétrer davantage. Un médecin conseilla d'appliquer sur le point douloureux un large « corn plaster » avec un peu de ouate humide dans le centre et d'appuyer sans crainte sur le talon en marchant. Après une semaine l'aiguille était saillante et la malade put l'extraire elle-même.

Le seigle enivrant. — C'est M. Prilleux qui vient de s'occuper de cette question à l'Académie des sciences et de donner raison à des accidents observés dans le département de la Dordogne.

Dans plusieurs villages, des personnes ayant mangé du pain préparé avec ce seigle ont été atteintes d'un engourdissement général et se sont trouvées dans l'impossibilité de travailler

Digitized by Google

pendant vingt-quatre heures. Les effets produits ne ressemblaient pas à ceux que cause l'ergot, mais plutôt à ceux de l'ivraie, avec une action plus intense et plus rapide.

Les mêmes phénomènes ont été observés en Russie, et M. Woronine, qui a examiné des échantillons du seigle signalé comme doué de propriétés stupéfiantes et enivrantes a constaté que les grains étaient envahis par des végétations cryptogamiques, et il a indiqué plusieurs formes de champignons comme devant être soupçonnées d'avoir produit les accidents.

M. Prilleux s'est livré à un examen semblable sur les seigles récoltés en Dordogne, et il a remarqué que les grains, de médiocre apparence, petits, légers, ne présentaient à leur surface aucune trace de la présence des champignons observés par M. Woronine. C'est à l'intérieur des grains, qu'il a reconnu, à l'aide du microscope, la présence d'un champignon, toujours le même, dont le mycélium avait envahi la couche externe de l'albumen. Il a distingué de nombreux filaments entrelacés, formant une sorte de stroma entourant l'albumen et pénétrant même dans les téguments du grain; en certains points, il a constaté que les grains d'amidon présentaient une corrosion bien visible, due sans doute à l'action d'une diastase sécrétée par un champignon.

L'organisation des filaments permet de supposer que ce champignon appartient au genre *Dendrodochium* ; mais la disposition des spores se rapproche plutôt de celle qu'on observe dans le *Sporochisma paradoxum*; comme la ressemblance n'existe avec aucun genre connu, M. Prilleux estime qu'il y aurait probablement lieu de créer un genre nouveau pour ce champignon.

Le musc artificiel — Ce simili-musc, vient d'Allemagne et d'après le *Répertoire de pharmacie*, a reçu le nom de *Tonquinol* Il est fabriqué en Allemagne et se présente sous la forme d'une poudre blanche cristalline, composée de fines aiguilles, longues de quelques milimètres. Il est propre, dit-on, à la préparation des savons et des parfums, n'est pas altéré par un long séjour à la lumière et est aisément soluble : une solution alcoolique à 1/50e peut être diluée dans une quantité d'eau indéfinie et diffère en cela du musc artificiel de Baur. Il est soluble dans la plupart des véhicules : graisses, huiles, éther, chloroforme, et son odeur n'est pas altérée par la potasse caustique à l'ébullition Le prix est environ 25 pour cent moins élevé que celui du musc Baur.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Ambler. — Du traitement de la laryngite tuberculeuse (*The Therapeutic Gazette*, 15 mai 1891).

Barry. — Deux cas de trichinose (*The N.-York med. Record*, 12 juin 1891).

Busui. — Un cas de pleurite aiguë, bilatérale avec exsudat solide (*Riforma medica*, 18 juin 1891).

Beco (L.). — Sur un cas d'appendicite (*Annales de la Société médicochirurgicale de Liège*, juin 1891. p. 235).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Arckaoski. — Le syphon avec la pleurotomie dans le traitement du pyothorax (*Revue méd. de la Suisse Romande*, 20 juin 1891).

Bleynie. — Anévrysme de l'artère poplité (*Le Limousin medical*, juin 1891).

Bowman Jesseit. — Traitement chirurgical du carcinome de l'estomac (*Brit. Med. Journal*, 27 juin 1891).

Bulhões (O.) — Greffes dermo-épidermiques par la méthode de Thiersch (*O Brazil medico*, 1er juin 1891).

Colombé. — Cancer du pénis, amputation par le procédé de Notta (*Normandie Méd.*, 15 juin 1891).

Couvetoux. — Note sur la migration des abcès tympaniques et sur son mécanisme (*Annales des mal. de l'oreille, du larynx*, etc., juin 1891.

Estor. — Des plaies pénétrantes de l'intestin grêle (plaies par balles de revolver) (*Gaz. Hebd. des Sciences méd. de Montpellier*, 20 juin 1891).

Gangolphe et Josserant. — De la fièvre dans les fractures simples (*Revue de Chirurgie*, 10 juin 1891, n° 6).

Joanesco. — Tuberculose herniaire (*Revue de Chirurgie*, 10 juin 1891, n° 6).

Marconnet. — Observation d'un kyste hydatique du poumon (*Progrès Méd.* 27 juin 1891.

Tricomi (E.) — Nouvelle méthode opératoire pour la cure radicale de la hernie crurale (*La Riforma medica*, 11 juin 1891.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

Ashton. — Opération de Porro-Muller pour une malformation du vagin (*Med. News*, 11 avril 1891).

Bonnaire. — Quelques anomalies des enveloppes crâniennes du nouveau-né avec considérations cliniques (*Progrès méd.*, 13 juin 1891).

Kinigsburg. — Accouchement pendant le sommeil hypnotique (*Brit. med. Journal*, 18 juin 1891).

Kloman. — Quelques observations sur l'emploi de l'ergotole (*The New-York med. Journal*, 6 juin 1891).

Lauder (William). — Cas d'albuminurie survenant dans les derniers mois de la grossesse (*The med. Chronicle*, juin 1891, p. 180).

Philips. — De la dilatation rapide du col utérin par les bougies graduées de Hégar (*The Brit. med. Record*, 23 mai 1891).

Reed (Ch.). — Du traitement chirurgical des adhérences gravidiques (*The New-York med. Journal*, 6 juin 1891).

Swayne. — Eclampsie puerpérale (*Bristol med. Journal*, mars 1891).

Weiss. — L'infection puerpérale ante-partum (*El Progreso Medico de la Habana*, mai 1891, p. 147).

THÉRAPEUTIQUE ET MATIÈRE MÉDICALE

Aulde. — Du cactus grandiflorus (*The Therap. Gaz.*, 15 mai 1891).

Britto (E.). — De l'emploi du geranium pelargonium contre la coqueluche (*Brazil medico*, 8 mai 1891).

Cerna (D.). — Etude physiologique et thérapeutique de l'hydrastis canadensis (*The Therapeutic Gazette*, 15 mai 1891, p. 289).

Lewis (D.), — Note sur l'emploi thérapeutique de l'aristol (*The New-York med. Record*, 6 juin 1891).

Thiery. — Essai d'un traitement méthodique de la blennorrhagie régulière chez l'homme (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, juin 1891).

Erratum. — A la page 407, col. II, dans la formule : *Solution iodurée composée contre l'asthme* : lire 90 gr. au lieu de 900 grammes et rétablir ainsi cette formule :

Iodure de potassium	
Teinture de lobélie	àà 10 grammes.
Teinture de polygala	
Extrait d'opium	0,10 centigr.
Eau	90 grammes.

C. E.

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

Paris. — Imp. Charles Schlaeber, 57, rue Saint-Honoré.

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE N° 28 8 JUILLET 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, BÉCLÈRE, BROCQ, DEMELIN, DU CASTEL, GINGEOT, Charles MAURIAC, PICQUÉ, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

AVIS. — L'Administration du Journal prie instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement est expiré depuis le 30 juin 1891, de lui faire parvenir, par mandat-poste, le montant de leur renouvellement pour leur éviter les frais du recouvrement s'élevant à 75 centimes par quittance.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Des ponctions et injections articulaires

INJECTIONS PHÉNIQUÉES ET INJECTIONS IODÉES

PAR M. LE Dr P. VERGELY

Professeur à la Faculte de Médecine de Bordeaux

La ponction des articulations distendues par un liquide, malgré le concours important qu'elle a reçu de l'antisepsie, qui en a fait disparaître presqu'entièrement toute la gravité, ne s'est pas complètement dégagée de la proscription que le passé a fait peser sur elle.

Il faut cependant que les opposants conviennent qu'il y a dans ce mode de traitement des points acquis, indiscutables. Si, en effet, c'est avec raison qu'on s'élève contre la tendance qu'ont certains médecins à ponctionner les épanchements articulaires dès leur naissance, alors que le repos, quelques révulsifs légers auraient suffi à les dissiper rapidement et sans dommage pour l'article, d'autres s'obstinent à laisser dans les articulations un liquide qui refuse de disparaître malgré la thérapeutique la plus active et dont le séjour prolongé atteint fâcheusement la nutrition des tissus péri et intra-articulaires et leur laisse d'irrémédiables altérations.

La distinction entre les épanchements articulaires à ponctionner avec modifications des surfaces et ceux qu'il faut respecter et laisser guérir lentement n'est pas toujours facile à faire. S'il est à peu près entendu que les épanchements de sang abondant avec douleur, les épanchements purulent doivent être enlevés sans retard, il est également des épanchements séreux qui s'accompagnent de graves symptômes et comme les précédents doivent être évacués promptement. Le travail de M. Campenon dans la *France Médicale*, 1877, page 250-251, nous fournit à cet égard des données précieuses. Sur 50 observations, dont 40 ont été particulièrement suivies, l'auteur constate qu'au point de vue du pronostic, c'est-à-dire de la durée de la maladie, de son issue, de l'influence du traitement, de son origine « spontanée ou traumatique l'hydarthrose peut tendre indifféremment vers la guérison rapide ou devenir le point de départ de lésions articulaires sérieuses. Nous devons toutefois faire une exception en faveur de l'arthrite d'origine blennorrhagique. Sa durée est presque toujours longue ; c'est par mois, voire même par années qu'il faut compter. Encore laisse-t-elle après elle, soit une légère raideur, soit une susceptibilité particulière de l'articulation ». En note : « Peut-être y aurait-il lieu de généraliser et de dire hydarthrose génitale. Trois cas d'épanchements rebelles, sans aucune cause appréciable chez des femmes enceintes ou venant d'accoucher, plaident en faveur de cette manière ». Comme l'a fort bien fait remarquer Fournier dans son article Blennorrhagie, du Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie, tous les épanchements articulaires d'origine blennorrhagique sont loin de comporter le même pronostic. Il résulte encore des observations de M. Campenon sur l'hydarthrose, qu'un élément du pronostic, qui paraît jouer un rôle prépondérant, c'est la constitution du sujet : 17 fois elle était parfaite, la guérison du sujet a été complète et rapide ; 23 fois les malades étaient entachés de rhumatisme, de scrofule, de lymphatisme, 21 ont conservé des lésions articulaires plus ou moins profondes. L'âge a également joué un rôle important : chez le vieillard toute hydarthrose est d'un pronostic réservé, l'arthrite sèche n'est pas loin ».

Ainsi d'une manière générale, quand l'épanchement est le simple fait d'une lésion locale, la guérison est rapide, souvent aisée et complète et la ponction n'est pas utile ; il n'en est pas de même si l'épanchement articulaire tient à une cause générale. L'épanchement résiste à tous les traitements, les éléments de l'articulation ont une tendance à s'altérer, il passe à l'état chronique : la ponction, la modification des surfaces malades est indiquée. Malheureusement ce vice caché qui tient la lésion articulaire sous sa dépendance est souvent difficile à distinguer. Le malade ignore ses antécédants héréditaires et personnels, ou ne veut pas les faire connaître et alors, on croit se trouver en présence d'une hydarthrose chronique simple, alors qu'il s'agit d'une lésion articulaire infectieuse à apparence bénigne. Les séreuses articulaires, pleurales, péritonéales, meningées sont, on le sait, des milieux de culture favorables aux microbes. Aussi n'est-il pas une maladie infectieuse qui ne présente quelque trouble du côté des séreuses. La plupart du temps, on trouve dans l'articulation, les microbes pathogènes de la maladie générale.

Il est également intéressant de remarquer à quel point la pathologie de certaines séreuses offre d'analogie les unes avec les autres. Quelle différence existe-t-il entre

Digitized by Google

les épanchements pleuraux et les épanchements articulaires ? Ce que nous avons dit des épanchements séreux articulaires, la nécessité de ponctionner les uns, de respecter les autres, n'est-il pas applicable aux épanchements de la plèvre, n'y a-t il pas dans les deux cas des épanchements produits par des microbes infectieux et par des microbes inoffensifs, les mêmes causes ne déterminent-elles pas des épanchements dans l'article et dans la plèvre ?

Dans les deux cas, les traumatismes amènent des épanchements de sang. Cependant les néoplasmes, il faut le reconnaître, se développent beaucoup plus souvent dans le poumon et dans la plèvre que dans la séreuse articulaire. Les hémarthroses d'origine interne passent souvent inaperçus, parce qu'on ne donne pas issue au sang comme dans les hematomes pleuraux. Aussi tandis qu'il existe des travaux bien étudiés sur les hemarthroses traumatiques (recherches cliniques et expérimentales sur les épanchements sanguins du genou par entorse, nous n'avons pu nous en procurer un sur les hemarthroses de cause interne (1).

Les épanchements de sérosité purulente et de pus dans les articulations comme dans la plèvre, sont tantôt d'origine traumatique, tantôt d'origine infectieuse. Les angines septiques, la pyohémie chirurgicale et médicale, la fièvre puerpuérale, la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives (scarlatine, variole, rougeole), la blennorrhagie, les maladies des organes génito-urinaires, la pneumonie, les endocardites infectieuses, l'érysipèle, la méningite cérébro-spinale, les oreillons, la diphtérie, la morve, le farcin, la syphilis, la tuberculose infectent tour à tour ou simultanément la plèvre et l'articulation.

Il n'est pas jusqu'à la marche de la maladie qui puisse être comparée. Les conséquences de la non-intervention, quand elle est indiquée, sont funestes dans les deux cas.

Là le thorax est déformé, le poumon est diminué ou annihilé, ici l'articulation déformée, sa fonction affaiblie ou perdue. Le défaut de précautions antiseptiques amène dans les deux cas des épanchements purulents qui peuvent se terminer par des pyohémies mortelles. Dans les deux cas il faut ouvrir la cavité séreuse pour en évacuer le pus et modifier la surface purulente.

Il n'est pas jusqu'à l'histoire des ponctions des deux séreuses qui n'offre des analogies complètes.

La thoracentèse était reléguée comme une opération dangereuse, même pour les épanchements de pus, quand Trousseau vint la réhabiliter, comme Velpeau avait fait pour la ponction articulaire. Quand Dubreuil vint communiquer à la Société de chirurgie sa ponction articulaire malheureuse, cette opération fut l'objet des plus vives critiques et repoussée par Verneuil, Trélat, Villanes, Desprès, etc.

De même lorsque Watson accusa la ponction des pleurésies séreuses de les rendre purulentes, plusieurs membres de la Société médicale des hôpitaux, Chauffard en tête, voulurent bannir la ponction des épanchements pleuraux et revenir aux vésicatoires.

Enfin, l'ingénieuse invention de Dieulafoy valut à la ponction de la plèvre un nouveau regain de faveur qui s'étendit à la ponction de la séreuse articulaire. Le travail de Dieulafoy dans la *Gazette hebdomadaire*, en 1871, son traité de l'aspiration, en 1873, montraient en effet avec quelle facilité on peut enlever, de l'articulation, sérosité, sang et pus. La simple soustraction du liquide sans injection, réitérée plusieurs fois, a suffi pour amener la guérison des arthrites.

L'antisepsie, le lavage des deux séreuses fut préconisée en même temps (lavage à l'eau boriquée, phéniquée, à la teinture d'eucalyptus, lavage à l'eau phéniquée pour les articulations, conseillé par Schede, de Hambourg (Drainage des articulations, *in Archiv. für Klinik. Chirurg.*, vol. XVII, 4e fascicule, page 519), puis par Hueter et par Reinne (*Centralblatt für Chirurgie*, année 1877, page 793).

Ponction antiseptique des articulations et leur lavage avec l'acide phénique (dix-neuf observations); en France on a publié de nombreuses observations, la thèse de Carbou, en 1884 (*Th. Paris*, sur la ponction et l'incision dans le traitement de l'hydarthrose chronique). Lauron (*Thèse de Bordeaux* 1884, le travail de Falcoz). (*Archives générales de médecine*, Sept. 1889, page 257, Méd. d'hydarthrose), qui prouvent avec d'autres observations venues d'Amérique (Weit : hyd. du genou, traitée par l'injection) que le traitement a été expérimenté, apprécié et qu'il rend des services importants, indiscutables dans le traitement des hydarthroses rebelles.

Tous les travaux sur le traitement de l'hydarthrose émanent de chirurgiens; et cependant, entre les mains de qui sont les hydarthroses? N'est-ce pas entre les mains du médecin qui a été saisi le premier de la maladie, en raison de cette croyance populaire que toute inflammation articulaire est un rhumatisme et que c'est affaire médicale et non chirurgicale. L'articulation est pleine, elle a résisté à tous les traitements, il suffit, après avoir pris les précautions antiseptiques convenables, de pousser un trocart dans un des culs de sac de la synoviale pour évacuer l'articulation, ce qui est toujours plus facile que de l'insinuer dans un espace intercostal. L'articulation vidée, il faut traiter l'état général, cela n'est-il pas encore une œuvre médicale.

La simplicité, l'innocuité de l'opération menée antiseptiquement, la nécessité d'une intervention médicale avant et après, font un devoir au médecin de s'occuper de la ponction de l'articulation comme il s'occupe de la ponction de la plèvre. Si, les médecins bannissant une crainte exagérée, se décidaient à remplacer le chirurgien pour ce cas fort simple, l'opération serait plus fréquente et le nombre des malades qui échapperaient aux conséquences d'une hydarthrose chronique, d'une arthrite infectieuse deviendrait beaucoup plus grand.

Afin de se rendre compte de l'avantage de cette méthode nous avons traité comparativement des malades à peu près identiques par le traitement classique : vésicatoire, immobilité, compression, massage et d'autres

(1) P. Segond 1879; (*Th. Paris*, Piechaud). Ponction, incision dans maladies articulaires, 1880 et Lachronique hémarthroses. (*Thèse Paris* 1881).

Digitized by Google

par la ponction et l'injection : l'avantage est resté à la ponction.

Dans un cas, en raison de la pusillanimité de la malade, de l'acuité des symptômes, nous n'avons pas cru devoir recourir à la ponction; il en est résulté de déplorables conséquences.

La comparaison de ces deux faits est instructive. Nous nous sommes servi de la teinture d'iode comme liquide à injection.

Nous reviendrons sur la valeur de cet agent peut-être trop discrédité aujourd'hui. Nous allons reproduire quelques-uns des faits qui nous ont paru présenter quelqu'intérêt.

Obs. I. — *Hydarthrose unilatérale de cause inconnue. Trois ponctions, une injection iodée.* Guérison en 18 jours. — Can. Lucie, âgée de 22 ans, domestique, bien règlée, n'a pas eu d'enfants, régulièrement menstruée, pas de pertes blanches, a eu une pleurésie du côté droit il y a eu environ un mois, elle a gardé une déviation de ce côté.

Elle a une douleur dans le genou droit depuis sa pleurésie, elle éprouve de la gêne surtout dans les mouvements de flexion qui ne peuvent être aussi complets que ceux du côté gauche.

La saillie de la rotule a disparu, il y a une fluctuation manifeste, le choc rotulien est très net. Rien du côté des autres articulations, l'examen de la poitrine ne permet de constater aucun signe de tuberculose, pas de toux. Du 25 février au 8 novembre, révulsifs, vésications, compression, immobilisation, pas la moindre diminution dans la circonférence de l'articulation. Une ponction est décidée. L'articulation est soigneusement lavée, savonnée à l'eau chaude, brossée, essuyée avec de l'ouate phéniquée et recouverte une heure avant, de compresses de gaze phéniquée imbibée d'une solution avec eau distillée 500, acide phénique 10 gr., acide borique 10, sublimé 0,05 centigr., le trocart n° 2 de Dieulafoy est plongée avec la seringue dans une solution phéniquée forte 30 p. 1000. Le trocart, avant d'être plongé dans le genou, est flambé à diverses reprises. La seringue étant armée et après s'être assuré au préalable de son excellent fonctionnement, une piqure est pratiquée à l'angle supérieur et interne de l'articulation. 50 grammes d'un liquide clair contenant quelques flocons sont extraits. Pas d'injection. La douleur a été légère, insignifiante. Le genou est recouvert de compresses phéniquées et placé dans une gouttière en fil de fer, matelassée, le membre immobilisé.

12 mars. — Le liquide s'est reproduit en aussi grande quantité; nouvelle ponction, 50 grammes sont retirés. Le liquide forme le lendemain un gros coagulum.

Le 17 mars le liquide s'est reproduit plus abondamment que la première fois, l'articulation est plus douloureuse spontanément et au toucher.

Rien n'est modifié le 22 mars. Nouvelle ponction, extraction de 45 grammes de liquide clair, comme les deux premières fois.

On injecte dans l'articulation 150 grammes d'une solution d'iode, suivant la formule :

Teinture d'iode *fraîchement preparée*	20	grammes.
Iodure de potassium	1	—
Eau bouillie filtrée	150	—

Cette solution est injectée et retirée à peu près complètement de l'articulation après y avoir séjourné quelques minutes, très légère douleur au moment de l'injection. Le genou est recouvert de compresses trempées dans eau distillée 500 grammes, acide phénique 5 grammes, alcool 50 grammes. Le soir le genou est un peu tuméfié et rouge, pas de douleurs spontanées, légères douleurs à la pression.

Les jours suivants, sauf un peu de sensibilité à la pression, le genou n'est pas douloureux, le liquide ne s'est pas reproduit, les mouvements s'exécutent bien, la malade réclame instamment son exeat le 26. Elle marche bien, sans douleur.

Je ne serai pas éloigné d'attribuer à cette monohydarthrose une origine blennorrhagique. La résistance du mal au traitement classique, aux ponctions simples, plaident en faveur de cette opinion.

L'injection iodée a été bien supportée; il me paraît nécessaire de la formuler de cette manière, si on veut y mettre de la teinture d'iode, afin que celle-ci ne contienne pas d'acide iodhydrique qui est très caustique et très douloureux.

Obs. II. — *Hydarthrose d'origine blennorrhagique, ponction, injection iodée, guérison.*— Del., tonnelier, 25 ans, entré à l'hôpital St-André le 4 juin 1890, salle 14, n° 19. Pas de rhumatisme dans les antécédents héréditaires. Dans les antécédents personnels, pas d'autres maladies que trois blennorrhagies, une en 1884, la seconde en 1886, la troisième en février 1890; il y a encore un léger suintement.

Del. est entré à l'hôpital pour une vive douleur au niveau du cou de pied, et tout autour des ligaments latéraux de l'articulation tibio-tarsienne, léger œdeme avec rougeur; le genou gauche est également rouge et gonflé; il renferme un peu de liquide. Pouls à 80, température sous l'aisselle le matin, 37°3; rien au cœur.

Le 7 juin, l'articulation tibio-tarsienne est moins douloureuse, moins gonflée, mais le genou a notablement augmenté: il est douloureux et fluctuant. L'articulation est immobilisée, des vésicatoires volants sont appliqués.

9. Pas de modifications favorables, l'épanchement a augmenté. L'articulation tibio-tarsienne a repris son volume primitif, elle n'est plus douloureuse.

12 juin. Le liquide de l'hydarthrose a augmenté, le genou est douloureux; vésicatoire et immobilité n'ont rien produit. Ponction au niveau du cul de sac supérieur et interne. On extrait avec l'aspiration 100 grammes d'un liquide séreux. Après la ponction et sans enlever l'aiguille, on injecte et on retire de l'articulation 150 grammes d'une solution d'iode comme dans l'observation précédente. Le malade, qui, malgré son apparence athlétique, est très pusillanime, ne se plaint pas. Le membre est laissé dans la gouttière et recouvert de compresses phéniquées, alcoolisées.

16. Toute sensibilité articulaire a disparu, on aperçoit les reliefs des os. La température est restée anormale et n'a pas dépassé 37°3.

20. L'amélioration se continue; malgré des recherches minutieuses, on peut à peine constater un peu de liquide. L'articulation est soumise à un massage méthodique.

Le malade quitte l'hôpital le 2 juillet, marchant bien, n'éprouvant aucune douleur, aucune faiblesse dans l'articulation. Il a été massé jusqu'à la sortie et a pris dix bains sulfureux.

L'écoulement n'est plus visible.

De ces deux observations, nous en rapprocherns une, qui est une hydarthrose rhumatismale aiguë, type de celles qui guérissent spontanément, sans ponction, et qu'on compare aux véritables arthrites infectieuses et qui figurent en nombre dans les travaux sur les ponctions des articulations avec injections phéniquées.

Obs. III. — *Hydarthrose consécutive à une arthrite à frigore.* — Guérison rapide par immobilité et vésicatoire.

Lan., 16 ans, entre le 2 juin. Bonne constitution, père, frères, sœurs robustes et bien portants, mère morte; il ignore de quelle maladie.

N'a jamais eu de blennorrhagie.

Après un peu de surmenage, il est pris, par le fait d'un refroidissement, de douleurs lombaires et dans les articulations du pied, puis dans le genou gauche.

La douleur est vive, l'épanchement se fait rapidement; le genou gauche mesure 34 cent., le droit 31 cent. Pouls à 92. Le 12 juin il est immobilisé dans une gouttière; deux vésicatoires en croissant sont placés autour de la rotule.

18. L'épanchement s'est notablement résorbé, les contours osseux se voient nettement.

Le 20. le liquide est presque complètement résorbé, les mouvements de l'articulation sont faciles, non douloureux. On perçoit de légers craquements dans les mouvements d'extension et de flexion.

Le 25, il peut marcher, ne souffre plus et réclame sa sortie.

Voici une autre observation, semblable à la première et à la seconde, mais non traitée par la ponction :

Digitized by Google

Obs. IV. — *Hydarthrose consécutive à une blennorrhagie.* — Repos, compressions, vésicatoires, pointes de feu, résolution incomplète après cinq mois de traitement. Jean, domestique, âgé de 20 ans. Bonne constitution, aucun antécédent particulier à signaler.

Il y a trois ans, huit jours après une blennorrhagie, il a eu un rhumatisme généralisé qui l'a retenu au lit pendant trois mois et n'a cédé complètement qu'au bout de six mois.

Le 11 août 1886, dix jours après une blennorrhagie, il est pris de douleurs dans les deux genoux puis dans le poignet gauche.

Les médications les plus variées sont mises en usage par un de mes confrères chargé momentanément du service.

Le 1er octobre, je trouve le malade ayant toujours des douleurs dans les deux articulations tibio-tarsienne droite et genou gauche; révulsifs, vésicatoire, teinture d'iode.

Au mois de novembre, il y a toujours de l'hydarthrose dans le genou gauche, du gonflement, de la douleur dans l'articulation tibio-tarsienne.

Application d'un appareil ouaté, silicaté, aux deux articulations. — Potion avec iodure de potassium 1 gr. Les appareils sont enlevés et replacés deux fois jusqu'au 15 décembre. — L'articulation tibio-tarsienne droite est toujours gonflée, douloureuse; le genou, moins douloureux, contient encore beaucoup de liquide.

Deux applications de pointes de feu jusqu'au 28 décembre, suivies d'un appareil silicaté.

Le 10 janvier, amélioration notable; le 15 janvier, le malade sort très amélioré, mais non guéri; il marche avec peine, les articulations sont encore douloureuses. La blennorrhagie est guérie depuis le mois de novembre; il prend 1 gramme d'iodure de potassium par jour.

Cinq mois de traitement, révulsifs variés : iode, vésicatoires, pointes de feu, appareil ouaté silicaté pour immobiliser et comprimer le membre et deux mois 1 gramme d'iodure de potassium pour amener la résolution incomplète d'une hydarthrose.

(*A suivre*).

CLINIQUE MÉDICALE

Blennorrhée et mariage

par le Dr Lavaux,

Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

Depuis 1886, époque où je fis, à l'hôpital Saint-Antoine, mes premières recherches sur le traitement local des inflammations aiguës et chroniques de l'urèthre, recherches dont j'ai fait connaître les résultats ici même (1), j'ai observé une série de faits sur lesquels je désire appeler l'attention. Il ne s'agit point de la grande fréquence de la blennorrhée, qui est bien connue et que j'avais moi-même remarquée dès 1882, pendant l'année que j'avais passée à l'hôpital du Midi. Je veux parler des accidents infectieux que peuvent produire dans l'acte sexuel les malades atteints de cette affection chronique de l'urèthre et en particulier pendant les premiers temps du mariage. On s'est beaucoup occupé de la syphilis à ce point de vue, mais on me paraît avoir singulièrement négligé la blennorrhée. Pour beaucoup de malades et même pour la majorité des médecins, la blennorrhée est une affection « inoffensive », banale et tellement fréquente qu'on ne saurait s'y arrêter. Banale cette affection, et c'est la cause la plus fréquente des rétrécissements de l'urèthre ! Banale, et elle pourra être cause qu'une jeune femme deviendra infirme et sera condamnée à passer les plus belles années de sa vie sur un lit et sur une chaise longue !

(1) *Revue gén. de clin. et de thérapeut.*, 1888.

Je diviserai les accidents infectieux que l'on peut noter chez la jeune malade en deux catégories : 1° la vaginite; 2° l'inflammation de l'utérus, de ses annexes et des tissus péri-utérins. Je ne parlerai pas de la tuberculose, dont l'inoculation est cependant possible si la blennorrhée du mari est due à des lésions tuberculeuses de l'urèthre.

On admet généralement que la blennorrhée n'est pas contagieuse, qu'elle ne peut déterminer de vaginite aiguë. C'est une erreur. Il est bon cependant d'établir à ce point de vue une classification méthodique des cas. Avec M. le Dr Fournier, je crois que l'on doit distinguer tout d'abord la blennorrhagie chronique de la blennorrhée proprement dite. Toutes les deux peuvent persister des années si l'on se contente de les combattre par des moyens médicaux, si l'on n'applique pas en même temps un traitement local convenable, mais l'écoulement uréthral est beaucoup plus considérable dans la blennorrhagie chronique que dans la blennorrhée vraie et il présente aussi un caractère plus purulent que dans cette dernière affection.

En second lieu, il faut admettre deux catégories de cas dans la blennorrhée elle même. Certains malades atteints de cette affection n'ont pas seulement la *goutte matinale;* pendant le jour, leur linge est encore taché et, de temps en temps, il se produit des recrudescences sous l'influence de divers excès, surtout après de vives excitations du canal.

Chez d'autres, au contraire, on observe le matin seulement une gouttelette laiteuse, à peine jaunâtre. Pendant le jour, le linge n'est pas taché ou ne l'est que par des gouttelettes imperceptibles. Il n'y a jamais de recrudescences appréciables (1).

Que la contagion soit tout à fait exceptionnelle dans cette dernière variété de blennorrhée, cela doit être; mais il n'en est plus de même dans les deux premières catégories de cas que je viens de rappeler. Bon nombre de médecins cependant, et des plus distingués, n'hésitent pas dans ces cas à conseiller aux malades de se marier. Parmi les faits de contagion survenue dans ces conditions et que je connais, il en est un qui me surprit fort : le médecin qui avait conseillé le mariage dans ce cas n'était autre que Ricord lui-même. Il y avait quatre ans environ qu'il soignait le jeune homme pour une blennorrhagie chronique sans parvenir à l'en debarrasser. Il lui conseilla alors de se marier. Quelques mois plus tard, la jeune femme avait une vaginite bien caractérisée.

On a même vu des arthropathies compliquer une vaginite contractée dans ces conditions.

Voilà des faits déplorables, sur lesquels on ne saurait trop insister, d'autant plus qu'il est bien facile aujourd'hui de les éviter. En effet, la disparition des deux états chroniques graves de l'urèthre dont il s'agit s'obtient actuellement avec assez de facilité, presque sans douleur, à l'aide d'un traitement local simple et inoffensif que j'ai décrit l'an dernier.

(1) Brewer. De la contagiosité des écoulements uréthraux (*Journal of cut. dis.*, mars 1891).

Digitized by Google

Passons maintenant aux accidents infectieux que l'on peut observer du côté de l'utérus et de ses annexes. Je n'insisterai point sur l'inflammation de ces organes ni sur la pelvi-péritonite consécutives à la vaginite aiguë produite par la blennorrhée. Ces lésions sont les mêmes qu'après une vaginite blennorrhagique ordinaire, elles ne présentent ici rien de particulier. Je rappellerai simplement que ces lésions sont parfois très accusées et qu'elles peuvent obliger les jeunes malades à garder un repos absolu pendant des mois et même des années.

Les accidents infectieux sur lesquels je désire appeler particulièrement l'attention peuvent présenter autant de gravité que ceux dont je viens de parler, mais ils en diffèrent au point de vue de leur évolution, qui est très insidieuse. Ici, les symptômes de la vaginite aiguë bien caractérisée manquent ; ils ne servent pas de transition entre l'état normal et les lésions utérines. La métrite est la première affection qui appelle l'attention de la jeune malade. Plus tard, les annexes et les tissus périutérins peuvent s'enflammer et l'on note parfois des désordres considérables au niveau de tous ces organes.

En interrogeant avec soin les malades, on apprend souvent que dans les premiers mois du mariage il y a eu un léger retard des règles, puis celles-ci sont apparues, elles ont été abondantes, il y a eu quelques coliques vives et expulsion de caillots, puis tout a disparu et les rapports ont été repris aussitôt. Peu de temps après se sont manifestés les premiers symptômes de métrite, légers d'abord, puis de plus en plus intenses. Tantôt cette affection utérine a été traitée de bonne heure et guérie avec plus ou moins de facilité ; tantôt elle a été négligée au contraire et l'affection est passée à l'état chronique. Ce n'est parfois que très tard, lorsqus les lésions étaient déjà considérables qu'un médecin a été consulté. Il n'est même point rare de constater dans ces cas que l'inflammation a franchi les limites de l'utérus et que les annexes ainsi que les tissus périutérins présentent de graves lésions inflammatoires.

Dans une autre catégorie de cas, voici ce qui s'est passé. La jeune malade est devenue enceinte au bout de peu de temps. La grossesse est arrivée à terme et les quelques troubles qu'elle a parfois éprouvés ont été attribués à la grossesse. L'accouchement a été normal et les suites de couches ont été heureuses ; les rapports ont même été repris de bonne heure. Mais au bout d'un temps variable, parfois assez court, la jeune malade a éprouvé différents troubles dus à une métrite. Comme dans la première catégorie de cas que je viens de citer, cette métrite a tantôt été traitée en temps opportun et guérie et tantôt laissée sans traitement sérieux. Chez ces dernières malades, on a vu aussi se manifester parfois de graves complications inflammatoires du côté des annexes de l'utérus et des tissus périutérins.

Quelle est la cause des lésions dont je viens de parler chez les jeunes malades de ces deux dernières catégories ? La pathogénie de ces accidents infectieux me paraît être la même dans l'un et l'autre cas. Chez toutes ces malades, il y a eu grossesse ; mais tandis que chez les dernières l'accouchement s'est fait à terme, dans les conditions normales, chez les premières au contraire l'utérus a expulsé au bout de quelques semaines le produit de la conception ; il y a eu un avortement qui a passé inaperçu, que n'a même pas soupçonné la jeune parturiente. Dans les deux cas, l'utérus s'est trouvé dans des conditions favorables à l'infection. Cet organe, qui jusque-là avait résisté, comme le vagin, à l'inoculation, a été alors infecté par la blennorrhée du mari. Rollet a insisté sur cette inoculation directe de l'utérus. Le col utérin, a-t-il dit, fait office d'une véritable cible pour les sécrétions, au moment du coït, et c'est lui qui est peut-être l'organe génital de la femme le plus exposé à la contagion blennorrhagique.

Du col, l'infection s'étend au corps de l'utérus et parfois envahit les annexes ainsi que les tissus périutérins.

Telle me paraît être la pathogénie des accidents infectieux sur lesquels je viens d'appeler l'attention. Ces fait ne présentent pas, j'en conviens, la même précision que ceux de la première catégorie. Je reconnais qu'ils pourraient être interprétés d'une autre façon. Je crois cependant que la pathogénie que je viens d'indiquer est la plus plausible. Cela seul suffit, il me semble, pour défendre le mariage aux jeunes gens atteints de blennorrhée avant la guérison de leur affection, ou tout au moins avant une amélioration telle qu'il ne persiste plus que cet état bénin dont j'ai parlé au début de ce travail. Je répète qu'aujourd'hui il est assez facile de guérir la blennorrhagie chronique, et la forme grave de la blennorrhée. Seul, le troisième état, qui constitue la forme légère, est, fait bizarre, parfois difficile et même impossible à faire disparaître. Je rappelle encore que ce traitement est inoffensif et non douloureux. On serait donc coupable de n'y pas recourir.

En résumé, l'affection chronique de l'urèthre décrite ordinairement chez l'homme sous le nom de blennorrhée est certainement contagieuse. Les chances de contagion sont d'autant plus grandes que l'affection est plus accusée. Pendant les premiers temps du mariage, la jeune femme est donc exposée non-seulement à la vaginite blennorrhagique, mais encore à toutes les complications de cette affection : inflammation de l'utérus, de ses annexes et des tissus périutérins, uréthrite, cystite, arthropathies, etc. Enfin, dans un grand nombre de cas, on constate chez ces jeunes femmes des lésions utérines et périutérines qui semblent être la conséquence d'une inoculation directe du col de l'utérus par la blennorrhée du mari.

Je conclurai donc en disant : le mariage ne doit être permis aux malades atteints de la forme bénigne de la blennorrhée qu'après l'application d'un traitement local convenable ; le mariage doit être rigoureusement interdit aux malades atteints de la forme grave de la blennorrhée et surtout à ceux qui sont atteints de blennorrhagie chronique.

Digitized by Google

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

CHIRURGIE

Pyoktanine et cancer, par M. CONDAMIN. — Il s'agit d'une observation de cancer utérin inopérable. A la suite des applications de pyoktanine (on passait deux fois par semaine le crayon dans la cavité utérine et parfois on introduisait des mèches imbibées de solution), les pertes sont devenues moins abondantes et surtout moins fétides, et l'état général a été amélioré. (*Province méd.*. 30 *mai* 1891).

La tinctothérapie est fondée sur le principe suivant : arrêter la multiplication des noyaux de cellules à l'aide des matières colorantes employées en histologie. A ce sujet l'auteur rappelle les résultats obtenus en Autriche à la clinique du Dr von Mosetig Moorhof; on avait essayé les injections de solution de bleu d'aniline à un pour cent. Mais les phénomènes d'intoxication étaient tellement graves que l'on dut y renoncer et recourir à deux autres colorants non toxiques, le violet de methyle et la pyoktanine. Le résultat n'était pas la guérison mais une très grande amélioration (diminution de volume de la tumeur, retour des forces, etc.) (1).

En revanche, les résultats obtenus en France sont aussi négatifs que ceux du Dr von Mosetig Moorhof étaient engageants. M. Condamin pense qu'il y a exagération de part et d'autre.

P. C.

Un cas d'amputation sous la cocaïne, par M. E. RHODES. — Il s'agissait d'une amputation de la main et d'un blessé rebelle à la chloroformisation et à l'étherisation (*Occidental Med. times*, mars 1891).

On lui injecta sous la peau de l'avant-bras, une première fois, deux doses d'un tiers de centimètre cube d'une solution de cocaine à 5 pour 100. Cinq minutes après on pratiqua deux autres injections semblables et on procéda à l'opération. Le blessé n'éprouva pas de douleur qu'au moment de la section des parties molles de la région palmaire. Après l'opération une compresse imbibée de solution de cocaine à 10 pour 100 fut appliquée sur la surface cruentée. L'opéré guérit.

S. R.

Le pansement au dermatol, par MM. HUNZ et LIEBRECHT. — Poudre inodore, destinée dans l'esprit des auteurs à remplacer l'iodoforme, dont il a l'aspect, cet agent est insoluble et agirait sur les microbes, seulement à la manière d'un dessicant (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 15 juin 1891).

C'est à titre de cicatrisant qu'on propose de l'employer sur les plaies en suppuration et sous la forme de gaze, ouate et poudre. Mêmes usages contre les brûlures, les ezcémas humides, l'otorrhée et les suppurations oculaires. De plus, il remplacerait le sous-nitrate de bismuth.

Cet agent, dont la préparation est mal connue, serait un gallate basique de bismuth.

S. R.

MÉDECINE

Sur l'élimination des microbes par la sueur, par M. BRUNNER. — Jusqu'ici les recherches surtout cliniques sur la sueur n'aboutissaient pas à donner au flux sudoral un rôle bien important dans l'élimination des produits morbides. Telles étaient les conclusions des analyses patientes effectuées par M. Binet, qui ne reconnait guère à la sueur que la propriété d'excréter un peu d'urée, d'acide urique, de phosphate lactales, oxalates de chaux, un peu d'albuminerie et de composés ammoniacaux, ainsi que de l'acide sudorique. Cependant il y a longtemps que les médecins ont constaté, et nous constatons tous les jours la coincidence d'une diaphorèse abondante avec congestion cutanées, bien différentes des sueurs visqueuses de l'agonie, avec peau froide et pâle, quelquefois cyanosée, au moment même où la défervescence va commencer et le malade devenir convalescent. Cette coincidence ne pouvait manquer de susciter l'idée qu'il y avait rapport de cause à effet entre les deux phénomènes.

Si les études chimiques n'ont pas pu servir à contrôler cette opinion, les recherches bactériologiques, sembleraient venir lui donner gain de cause.

On a établi, malgré quelques dénégations au début, à la suite d'expérience d'injection sur des animaux à reins sains, que l'urine pouvait éliminer les micro-organismes; leur recherche se fait difficilement dans ce liquide, malgré tout on peut arriver à les y décéler, comme l'ont fait MM. Bouchard et Neumann pour la fièvre typhoïde, Trambushi et Maffuci pour le charbon.

Quelques auteurs italiens avaient déjà trouvé des bacilles tuberculeux dans la sueur de phtisiques, mais sans oser conclure à autre chose qu'a une provenance externe, parce que après nettoyage de la peau, les cultures étaient stériles.

Queirolo, par l'injection intra-veineuse de sueur, prouva la toxicité de ce liquide, plus grande lorsqu'il n'est pas stérélisé et admit son rôte éliminateur.

La communication de Konrad Brunner rend compte du résultat de ses cultures, Un malade atteint de pyohémie chronique présentait dans le sang ses staphylocoques pyogènes blancs. On obtient par l'administration de boissons chaudes et de phenacetine une sudation abondante. Après nettoyage du lieu de prélèvement, on prend une gouttelette de sueur à l'orifice cutanée et on l'ensemence sur plaques de gélatine et sur tubes de gelose. Dès le second jour pour la gélatine, mise à l'étuve à 37°, dès le troisième pour la gélatine laissée à la température ambiante, apparaissent les colonies blanches du staphylocoque, bien caractérisée sous le microscope et par l'inoculation au cobaye. Au bout de huit jours même résultat dans une seconde serie de cultures. (*Berliner Klin. Woch.*, *p. 505*, n° 2).

Des expériences instituées sur le cheval et le mulet avec le staphylocoque pyogène doré et le micrococcus prodigiosus confirment le passage dans la sueur des bactéries injectées dans le sang; la salive contient aussi les mêmes organismes. Dans tous ces faits le même microbe injecté dans la veine se retrouve seul dans la sueur.

La confirmation du rôle de la sueur dans l'élimination de l'agent infectieux n'a pas qu'un simple attrait de curiosité, mais porte en soi une déduction thérapeutique et la sudation remise en honneur doit maintenant compter parmi les moyens d'éliminer les microbes.

Au point de vue de la prophylaxie, la présence des micro-organismes dans la sueur justifie une nouvelle indication, la désinfection de la peau, et des produits accumulés à sa surface.

H. G.

THÉRAPEUTIQUE

Usages thérapeutiques de l'aristol, par M. LEWIS. — L'auteur qui a employé l'aristol dans son service de chirurgie déclare en avoir obtenu les meilleurs résultats. La poudre d'aristol appliquée pure à la surface des ulcères et des plaies cancéreuses arrête la septicémie et la formation de pus. L'odeur fétide disparaît et ses effets sont supérieurs à ceux de la poudre d'iodoforme (*The N.-Y. Med. Record*, 6 juin 1891).

Les tampons imbibés de vaseline et soupoudrés de poudre d'aristol pure donnent des résultats satisfaisants dans le traitement des ulcérations non cancéreuses du col de l'utérus. On peut aussi dans ces affections employer le mélange d'aristol et d'iodol à parties égales.

Ce même mélange s'emploie en insufflations dans le catarrhe

(1) Voir : la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*: 1891.

Digitized by Google

nasal. Les pommades à l'aristol et à la vaseline (4 pour 30; la solution dans le benzoinol (4 pour 30) — sont également à recommander, mais surtout la solution dans le collodion élastique à 1 pour 30.

L'éther dissout en effet l'aristol, et ce collodion réussit dans l'érysipèle.

P. C.

Quelques formules pour l'administration du cactus grandiflorus, par M. Aulde. — Ce médicament cardiaque a été préconisé comme un succédané de la digitale. C'était beaucoup dire. M. Aulde le recommande contre les cardiopathies d'origine utérine, gastrique et cataméniale (*Therapeutic Gaz.*, 15 mai 1891).

Il l'associe à divers médicaments dans les formules suivantes.

S'il existe des troubles digestifs, il le prescrit ainsi :

Extrait de cactus grandiflorus...	àà	10 grammes
Teinture de noix vomique.....		
Solution de pancréatine		100 —

Une cuillerée à café pendant le repas.

Dans les cas de menorrhagies, il le prescrit avec l'ergotine,

Extrait de cactus grandiflorus...	àà	10 grammes
Ergotine,.....		
Sirop d'écorces d'orange amère..		
Glycérine.....	àà	30 grammes
Eau.....		

Une cuillerée à café toutes les quatre heures

S'il existe de la dilatation cardiaque avec œdème et anasarque, il le prescrit avec l'arsenic :

Extrait de cactus grandiflorus...	10 grammes
Liqueur de Fowler.....	XXX gouttes
Teinture de gentiane camphrée...	90 grammes

Une cuillerée à café, véhiculée dans l'eau, de quatre en quatre heures.

Enfin, contre les troubles cardiaques des morphinomanes ou des érotomanes, il ordonne, à chaque repas, l'ingestion d'une cuillerée à café du mélange suivant :

Extrait de cactus grandiflorus...	àà	10 grammes
Teinture de noix vomique.....		
Extrait de damiana.....		20 —
Glycérine.....	àà	35 grammes
Teinture de gentiane camphrée..		

S. R.

REVUE PROFESSIONNELLE

I. *Usurpation de nom.* — II. *Statuts de l'Association professionnelle des médecins de Lille.* — III. *Un code de déontologie médicale.*

I. **Usurpation de nom.** — Un arrêt du tribunal de la Seine offre un intérêt réel pour les médecins qui se trouveraient dans le cas d'un honorable confrère parisien.

Il y a quelque temps on lisait sur les murs des vespasiennes une affiche où un Dr Marty conviait le public et en particulier les invalides de l'amour, à se faire traiter dans le cabinet qu'il occupe dans le faubourg Montmartre.

Le nom propre Marty appartient à un très digne et très honoré confrère qui, désireux de sauvegarder sa dignité, cela s'explique, et son honorabilité professionnelle, a ouvert les annuaires et constaté que le nom du voisin, Marty était d'emprunt.

Il fit donc opposition aux prétentions de l'exploiteur de la crédulité publique et le tribunal de la Seine lui donna raison par le jugement suivant :

Attendu que, pour l'exploitation du cabinet médical, sis à Paris, passage S..., n° .., An..... seul comparant ne justifie aucun droit à l'apposition sur les affiches indicatives de ce cabinet des mots « Docteur Marty », avec la qualification « Lauréat de la Faculté de médecine de Paris », qui est personnelle au demandeur.

Attendu que ces indications, tendant à persuader faussement au public que le cabinet en question est dirigé par ledit demandeur, sont de nature à causer à celui-ci un préjudice appréciable; que par suite, il a intérêt à réclamer la suppression de ces placards portant ces mentions trompeuses, mais qu'il n'échet de statuer sur le surplus des autorisations par lui sollicitées; qu'il y a urgence.

Disons qu'à défaut par les défendeurs d'avoir, dans les quarante-huit heures de la présente orponnance, enlevé les affiches dont s'agit, Marty est autorisé à les faire lacérer ou enlever partout où elles seront trouvées placardées, même avec l'assistance du commissaire de police, si besoin.

Ce jugement condamne l'usurpation de nom, celle-ci est plus exceptionelle que celle du titre.

Cependant, il y a quelquefois, comme cela, usurpation de l'un et de l'autre, ailleurs même que sur les parois des vespasiennes. On peut en citer quelque exemple, sous forme d'une vedette en tête de feuilles périodiques, et de plus avec adjonction d'une particule fort peu nobiliaire; mais qui d'ailleurs est d'emprunt comme le nom propre qu'elle précède et le titre qu'elle suit.

Ce jugement sera donc au besoin pour les syndics de la presse médicale une excellente occasion, nous l'espérons, d'intervenir et de montrer leur souci de la bonne réputation professionnelle de ceux qu'ils représentent.

Pour aujourd'hui nous prenons la liberté de le rappeler à leur vigilance. Nous avons toujours pensé que la mission des syndicats professionnels ne consiste pas seulement dans des banquets périodiques. Nous espérons que nous ne nous sommes point trompés.

II. **Association professionnelle du Nord.** — Nos confrères de Lille le comprennent ainsi. Ils estiment que le moyen de servir cette cause est d'agir, plutôt que de s'en tenir à des paroles de consolation.

Par l'initiative de M. le Dr Becour, un sympathique et dévoué confrère, ils viennent de fonder une *Association professionnelle des médecins de Lille* et environs, destinée à défendre efficacement les intérêts du corps médical.

A titre de documents, voici les statuts de cette société dont l'organisation nous paraît judicieuse à tous les points de vues et peut à l'occasion servir de modèle :

Art. Ier. — Les médecins soussignés se constituent en Société civile, sous le nom d'*Association professionnelle des Médecins de Fives, Saint-Maurice, Hellemmes, Flers et Mons-en-Baroeul.*

Art. II. — Peuvent faire partie de cette Association tous les médecins régulièrement, diplômés, résidant dans les localités précitées, qui en font la demande et adhèrent aux statuts. Ils prennent, en signant le présent réglement, l'engagement d'honneur d'en observer fidèlement les différents articles et d'accepter

Digitized by Google

les décisions prises en Assemblée régulière. — Si des médecins habitant des localités voisines demandaient à faire partie de l'association, il serait fait droit à leur demande, pourvu qu'ils remplissent les conditions sus édoncées.—Les médecins des localités voisines, que l'éloignement empêcherait d'assister aux séances de l'Association, peuvent en faire partie avec le titre de membre adhérent.

Art. III. — La durée de l'Association est illimité; elle a pour but : 1° d'établir des rapports permanents entre les médecins des localités susdites et de rendre leurs relations aussi faciles que possible; 2° De s'efforcer d'aplanir les conflits pouvant s'élever soit entre confrères, soit entre clients et médecins, et de soutenir ses derniers dans les légitimes revendications de leurs droits; 3° De réprimer l'exercice illégal de la médecine et toutes usurpations sur les droits que la loi confère aux médecins. 4° D'améliorer la situation, tant individuelle que collective de ses membres et d'obtenir pour le médecin une rémunération en rapport avec les services rendus. (*a*) Par l'établissement d'un tarif minimum pour les visites, consultations, opérations et soins divers donnés par le médecin; (*b*) Par l'adoption d'une règle de conduite uniforme vis-à-vis des pouvoirs publics, bureaux de bienfaisance, sociétés d'assurances sur la vie et contre les accidents, sociétés de secours mutuels, administrations publiques, constatations de décès.

Un article de ce règlement intérieur prescrit aux membres de l'Association de tenir secrètes toutes les communications et décisions qui ont eu lieu dans les réunions ; c'est une sage précaution, et tout en faisant remarquer à nos confrères la difficulté de promulguer un tarif des honoraires, nous les félicitons de leur initiative.

III. **Un code déontologique.**— Il y a beau temps qu'on le réclame. En attendant, et comme complément à ces efforts syndicaux, les membres de l'Association des médecins de Lille ont résolu d'adopter le suivant. Peu d'articles ; point de phraséologie inutile, c'est un code comme il convient pour l'usage des honnêtes gens : en voici les articles :

I. Les médecins honorent leur profession en s'honorant eux-mêmes et, par conséquent, en observant, vis-à-vis les uns des autres, les plus grands égards, soit en actions, soit en paroles.

II. Tout médecin appelé près d'un malade traité par un confrère doit, à défaut de ce dernier, se borner à procurer les médicaments et soins nécessaires pour parer aux besoins du moment. Il s'abstiendra de toute réflexion sur la médication suivie.

III. Il ne devra continuer à voir le malade que s'il est appelé de nouveau en consultation, ou avec l'assentiment du médecin traitant.

Dans le cas où le malade, après de fortes remontrances du médecin appelé en second lieu, refuserait formellement de recevoir les soins du premier médecin, le nouvel appelé ne devra accepter qu'après s'être assuré que le premier médecin est complètement désintéressé.

IV. Le médecin appelé en consultation s'abstiendra auprès du malade et de son entourage de toute réflexion pouvant préjudicier au médecin traitant. Le consultant ne devra apporter de changement dans le traitement, tant dans le fond que dans la forme, que dans le cas de vraie nécessité.

La consultation ayant lieu à part, c'est-à-dire entre les médecins seuls, toute parole dite en dehors pouvant jeter de la défaveur sur l'un des consultants est répréhensible.

Le traitement indiqué par les consultants sera appliqué par le médecin ordinaire. C'est à lui qu'appartient l'exécution des pansements et opérations décidés en commun, à moins qu'il n charge de ce soin un confrère.

V. Le consultant ne devra retourner voir le malade que s'il est appelé de nouveau ou autorisé par le médecin traitant.

VI. Nul ne doit, sous quelque prétexte que ce soit, visiter clandestinement un malade traité par un confrère.

VII. Dans le cas où un médecin de société est appelé à visiter un malade qui demande un médecin de son choix, il doit se borner à faire les certificats qui lui sont requis et à s'assurer que le sociétaire exécute les prescriptions qui lui sont faites.

VIII. Tout membre de l'Association doit accepter en consultation celui qui est proposé par la famille, à la condition que ce consultant, s'il habite les localités précitées, fasse partie de l'Association, ou, s'il habite ailleurs, qu'il soit diplômé et pratique son art honnêtement et conformément aux convenances professionnelles.

Toutefois, le médecin traitant a le droit d'appeler un consultant de son choix en cas de désaccord.

Le cabinet du médecin est un terrain neutre où il donne ses conseils à tous ceux qui les réclament.

S. R.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

MALADIES VÉNÉRIENNES

I. **Traitement de la syphilis par le salicylate de mercure.** — On sait que ce sel est difficilement soluble sans addition d'alcool ou de chlorure de sodium. Cependant, on peut, par double décomposition d'une solution aqueuse de sublimé et de salicylate de soude, obtenir un liquide stable. Il se forme, en effet, du salicylate de mercure et du chlorure de sodium. Ce sont ces réactions que M. Vacher a utilisées pour la préparation de solutions stables de salicylate de mercure.

1° *Solution forte de salicylate de mercure*: Pour l'usage interne, dose: 10 à 20 grammes; ou bien, comme topique :

Sublimé	1	gramme
Salicylate de soude	2	grammes
Eau	1000	—

Solution faible: Elle est titrée au cinq millième:

Sublimé	1	gramme
Salicylate de soude	2	grammes
Eau	5000	—

2° *Injection hypodermique au salicylate de mercure*: Un centimètre cube de la solution suivante contient un centigramme de salicylate de mercure :

Sublimé	1	gramme
Salicylate de soude	2	grammes
Eau distillée	100	—

Cette préparation n'est point douloureuse, et, après son emploi, on ne constate pas d'abcès sous-cutanés.

Lezius emploie de préférence la vaseline comme véhicule :

Salicylate de mercure	1	gramme
Vaseline liquide	10	grammes

Toutes les semaines, il pratique l'injection du contenu d'une seringue de Pravaz de cette préparation.

C'est une dose d'un décigramme de sel, avec laquelle, dit-il, il ne provoque aucune réaction locale.

S. R.

Digitized by Google

MÉDECINE

II. **Traitement antiseptique de l'angine inflammatoire aiguë.** — Cette angine est catarrhale ou phlegmoneuse. Dans l'un et l'autre cas, il y a lieu d'administrer les antiseptiques à l'extérieur et à l'intérieur.

1° *Contre l'angine aiguë catarrhale*, on prescrira les gargarismes à l'acide salicylique :

Acide salicylique.....	1 gramme
Eau.....	300 grammes

L'acide salicylique agit à la fois comme astringent et comme antiseptique.

A l'intérieur, on peut prescrire le même médicament sous forme de potion et en association au borax :

Borate de soude.....	ãã	2 grammes
Salicylate de soude.....		
Eau distillée.....		100 —
Sirop de mûres.....		50 —

Une cuillerée à soupe toutes les trois heures.

2° *Contre l'angine phlegmoneuse*, on ordonne, à l'intérieur, de 1 à 2 grammes de salol par jour, sous forme de cachets et en quatre doses ou bien une potion salolée :

Salol.....	2 grammes
Julep gommeux.....	120 —

A prendre en quatre fois.

A l'extérieur, on se gargarisera souvent avec l'eau salolée obtenue en additionnant une verrée d'eau tiède d'une cuillerée à soupe de solution alcoolique de salol à 1 pour 100, ou bien avec le gargarisme phéniqué préparé en additionnant cette même quantité d'eau tiède, avec dix gouttes de la mixture suivante (Capart) :

Acide phénique pur.....	5 grammes
Alcool à 90°.....	25 —
Essence de menthe.....	XV gouttes

CH. ELOY.

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

De l'emploi du galéga chez les nourrices

Par M. le Dr CARRON DE LA CARRIERE
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le galéga — *gala* lait, *aigos* de chèvre — est une légumineuse qui a joui jadis d'une certaine réputation comme lactigène. Il est aujourd'hui bien oublié et on chercherait en vain un traité de thérapeutique qui lui accordât quelque crédit et osât en conseiller l'emploi. Les expériences que j'ai faites à cet égard à la crèche de l'hôpital Necker dans le service du Dr Peter, me portent à croire que ce discrédit n'est pas justifié, que le galéga a vraiment une action galactogène et que son étude mérite d'être reprise à nouveau. Chaque fois que l'on a besoin d'agir sur la glande mammaire, soit pour activer sa sécrétion si elle est insuffisante, soit pour la faire renaître si elle est suspendue, le galéga peut venir en aide.

Je prends le cas le plus ordinaire de la pratique, où son emploi sera utile. Une nourrice, bonne jusque là, devient insuffisante sans raison ; les seins sont assez développés, l'état général est satisfaisant, et cependant le lait « baisse ». Que de fois ne voit-on pas des nourrices de belle apparence « perdre » leur lait sans qu'on puisse en savoir la cause ? Il n'est pas exagéré de dire que la moitié des changements de nourrice ne tient pas à d'autre motif. Le praticien est d'autant plus logiquement amené à conseiller une nouvelle nourrice qu'il n'a guère de moyens à sa disposition pour activer cette sécrétion dont la diminution se fait vite sentir sur l'enfant. C'est ce qui faisait dire à Fonssagrives que les moyens de faire du lait se confondent avec ceux qui font ou reconstituent le sang, et que les seuls galactogènes efficaces sont : la bonne hygiène, alimentaire surtout, le grand air, l'exercice, le séjour à la campagne, etc., etc. Sans doute il faut donner à nos nourrices, surtout dans nos villes où leur changement de vie est complet, les meilleures conditions hygiéniques possibles au point de vue des sorties, du sommeil, de la nourriture. Mais quand, malgré ces prescriptions réalisées, la sécrétion lactée diminue, que faudra-t-il faire ? Aura-t-on recours aux cataplasmes de feuilles de ricin conseillés par Bouchut, ou à la faradisation des seins préconisée par Aubert ? On peut toujours essayer, sans compter beaucoup sur le succès. En même temps et plutôt, on donnera, à l'intérieur, du phosphate de chaux — 2 gr. par jour — et de la bière d'extrait de malt — un verre à bordeaux trois fois par jour avant le repas — C'est là que se présente l'indication du galéga, il est toujours un adjuvant utile et il donne même des résultats, administré seul, alors que les moyens précédents échouent. Disons de suite que son emploi ne nécessite aucune précaution, c'est un stimulant des fonctions digestives, légèrement diurétique et n'ayant aucune action nocive.

La préparation de galéga la meilleure est l'*extrait aqueux*. Le galéga fournit environ le cinquième de son poids d'extrait aqueux. Cet extrait possède toutes les propriétés de la plante elle-même, dont il a l'odeur spéciale très prononcée. Il peut être prescrit soit en pilules, soit associé à des vins ou à des sirops médicamenteux. La dose quotidienne est de 2 à 4 gr., divisés par fractions de 1 gramme. Ces doses suffisent ordinairement, mais il n'y aurait aucun inconvénient à les augmenter si elles étaient insuffisantes dans un cas donné. L'effet se fait sentir au bout de quelques heures et se traduit par une sécrétion plus abondante du lait, ainsi qu'on doit s'en assurer par des pesées avant et après la tétée. Pendant les cinq à six premiers jours, la stimulation de la glande n'est pas durable et le bénéfice obtenu peut être perdu si on abandonne le médicament. L'action n'a chance de n'être durable qu'autant que le galéga est pris régulièrement pendant une dizaine de jours, alors même que son bon effet se serait fait sentir rapidement.

On peut formuler ainsi :

Extrait aqueux de galéga	50 gr.
Eau distillée.....	50 gr.
Sirop de sucre.....	900 gr.

Donner 4 à 8 cuillerées à soupe par jour.

Ou pilules :

Extrait aqueux de galéga	20 gr.
Mucilage	Q. S. pour 100 pilules

Chaque pilule contient 0,20 centigr. d'extrait. Dix à vingt par jour.

Digitized by Google

On associe avec le plus grand succès le fenouil et le phosphate de chaux soit ensemble soit séparément. Ces deux substances, qui ont par elles-mêmes une certaine action galactogène, semblent augmenter notablement la puissance du galéga à ce point de vue.

Extrait aqueux de galéga } ââ 50 gr.
Eau distillée..... }
Sirop de sucre..... 875 gr.
Teinture de fenouil..... 25 gr.

Chaque cuillerée à soupe contient 0 gr., 50 centigr. d'extrait; on en prescrit 4 à 8 par jour.

Ou :

Extrait aqueux de galéga }
Lacto-phosphate de chaux } ââ 10 gr.
Teinture de fenouil..... }
Sirop de sucre..... 400 gr.

Chaque cuillerée à soupe contient 0 gr., 50 centigr. d'extrait de galéga et égale quantité de fenouil et de phosphate de chaux; donner 4 à 8 cuillerées par jour.

Cette dernière formule nous a paru particulièrement efficace. Ce sirop, comme les précédents, peut être administré soit pur, soit délayé dans de l'eau, du vin, de la bière ou du lait; la bière dissimule assez bien le goût spécial du galéga.

REVUE DES LIVRES

L'ictère et ses différentes formes. — *Considérations sur la physiologie et la pathologie de la sécrétion biliaire*, par M. le Dr Ernest STADELMANN, docent à la clinique propédeutique de Dorpat. — (Ferdinand ENKE. Edit. Stuttgart. 1891).

Le grand intérêt qu'offre la longue monographie de l'auteur est de nous présenter, outre ses nombreuses expériences personnelles, la critique et la discussion des principaux travaux allemands sur la question. C'est en effet, en dehors de ce qui lui appartient en propre, presque uniquement à cette source qu'il a puisé ses renseignements. Il y a donc pour nous quelque utilité à comparer ses résultats avec ceux des médecins français qui se sont occupés du même sujet.

Contentons-nous d'indiquer ici les principaux points de cette étude.

Sur les 282 pages qui constituent le livre, 109 sont consacrées à la physiologie de la sécrétion biliaire. On y voit les raisons qui militent en faveur de l'origine de la matière colorante biliaire, qui n'est pas tout formée dans le sang, au dépens de la matière colorante de celui-ci : l'augmentation de la bilirubine dans la bile par l'injection d'hémoglobine, l'identité de la bilirubine et de l'hématoïdine en passant par l'hémosiderine.

C'est au niveau de la cellule hépatique que nait la bilirubine, de même que les acides biliaires ; mais l'augmentation de la première n'entraine pas celle des seconds. La cholestérine dériverait des glandes muqueuses des conduits biliaires.

Après quelques chapitres sur la variation quantitative de la bile, l'auteur arrive à la question des théories de l'ictère, au nombre de trois principales : 1° ictères par suppression ou retention ; 2° ictère hematogène ; 3° ictère par résorption.

La fin du volume est consacrée à démontrer qu'il n'existe qu'une seule espèce d'ictère : l'ictère par résorption. Une longue suite d'expérience sur des animaux divers, chiens, chats, lapins, sans ou avec fistule biliaire, intoxiqués par la toluylènamine, le phosphore, l'hydrogène arsenié, démontre que ces poisons agissent en dissolvant le sang, que l'hémoglobine dissoute augmente la quantité de bilirubine et que celle-ci est résorbée par suite de l'épaississement de la bile. Même démonstration pour l'ictère des nouveau-nés ; par conséquent réfutation de l'hémaphéisme. Quelques mots dans le même sens sur l'acholie, la cholemie et l'urobilinurie et sur la therapeutique terminent ce livre rempli de renseignements utilisables.

H. GILLET.

Période prémonitoire de la périthyphlite et de la typhlite chez les enfants, par M. le Dr A. DESCHAMPS (de Riom). (Paris, 1891, O. Doin).

Cette petite brochure confirme, en les complétant, les notions cliniques récemment admises sur le début toujours insidieux et parfois sérieux de ces inflammations intestinales chez les enfants. Au traitement classique, M. A. Deschamps conseille d'ajouter la médication hydro-minérale par les eaux de Chatel-Guyon, dont son expérience comme médecin hydrophate l'autorise à montrer l'efficacité. Cettte médication est à la fois curative en restaurant la tonicité musculaire de l'intestin et prophylactique en tonifiant l'état général. C. E.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES ÉTRANGÈRES

ANGLETERRE. — **Société obstétricale de Londres** (3 juin 1891). — I. *Des hémorragies viscérales chez les mort-nés.* — **Académie de médecine d'Irlande** (22 mai 1891). — II. *Du traitement de l'eczéma par la créoline.* — BELGIQUE. — **Société médicale du Brabant** (21 février 1891). — III. *Indications thérapeutiques des salpingites.*

I. **Des hémorragies viscérales chez les mort-nés.** — Ce mémoire de M. H.-R. SPENCER présente une importance réelle puisqu'il s'appuie sur cent trente autopsies. En catégorisant les résultats de ses observations, notre confrère anglais a pu formuler les conclusions suivantes.

Ces hémorragies se rencontrent dans les différents viscères, que l'accouchement soit normal, ou terminé par le forceps, qu'il s'agisse de primipare ou de multipare et que le travail soit rapide ou prolongé.

Elles sont toutefois plus fréquentes et plus graves quand le fœtus a subi une compression exagérée dans le canal utéro-vaginal ou par l'action du forceps ou de la main de l'accoucheur. L'hémorragie cérébrale s'observe surtout dans les cas d'accouchements par le forceps, les hémorragies des autres viscères, dans les présentations pelviennes plutôt que dans les présentations céphaliques.

Comment les prévenir et en éviter les suites qui, parfois, sont graves ? En évitant la rupture prématurée des membranes, par la dilatation artificielle, s'il est nécessaire, en limitant l'emploi de la version et des manœuvres aux cas les plus urgents. enfin, en préférant autant que possible la version céphalique à la version podalique. Mêmes réserves dans l'application du forceps, qu'on doit employer seulement dans les cas urgents et pendant un temps limité. De plus, si on doit exercer des tractions sur les membres, celles-ci seront modérées et, durant le dernier temps de la parturition, on évitera les pressions exagérées et la distension des sterno-cléido-mastoïdiens.

II. **Du traitement de l'eczéma par la créoline.** — La théorie parasitaire de l'eczéma, défendue par Thine, semble justifiée par M. PATTESON qui, avec succès, a employé cet antiseptique dans deux cas d'eczéma chronique.

Il s'agissait d'eczéma du crâne, durant l'une depuis deux, l'autre depuis trois années, et rebelles tous deux aux diverses médications. Le traitement consista en lotions avec la solution suivante :

Créoline..... 4 grammes
Eau distillée..... 240 —

La guérison fut rapide et de plus, parait-il, durable. Ce serait

Digitized by Google

donc une médication à tenter dans les cas rebelles aux divers traitements.

III. **Indications thérapeutiques des salpingites.** — Le diagnostic étant posé, que faut-il faire? A cette question, M. Jacobs répond ainsi :

1° Dans les salpingites, volumineuses ou non, où on soupçonne la présence du pus, l'intervention immédiate s'impose.

2° Si la nature de la salpingite est indéterminée, on essaiera les traitements palliatifs: en cas d'insuccès, on aura recours à l'extirpation.

3° Dans l'hématome tubaire la conduite doit être la même, car cette variété de salpingite est inguérissable.

Dans les salpingites catarrhales on ne peut établir une règle qu'après avoir reconnu l'altération des annexes de l'utérus, on propose alors l'intervention; celle-ci doit être opportune et se baser sur la nature de l'affection, sa durée, les troubles qu'elle occasionne, les inconvénients qu'elle présente.

La tumeur salpingienne peut être: 1° petite et mobile, 2° volumineuse et adhérente.

Si elle est petite et mobile, la situation, tout en étant grave au point de vue de l'avenir, n'offre aucun danger immédiat. On peut essayer le traitement palliatif, temporiser, tout en observant la malade de près pour intervenir au moindre danger. Il est une classe nombreuse de la société qui n'a pas le temps de prendre un repos forcé pendant de longues semaines, et dont la santé et surtout le travail sont nécessaires pour élever la famille. Les conditions de milieu dans lesquelles vivent ces femmes font que les affections tubaires sont chez elles des plus fréquentes. Chez elles, en présence d'une salpingite, quelle qu'en soit la nature, on proposera l'extirpation.

Si la tumeur douloureuse, volumineuse et adhérente, gêne les fonctions intestinales, c'est une grande responsabilité de recourir à des traitements illusoires, lorsque l'affection ne peut plus avancer que dans la voie des complications. On a proposé, avant l'extirpation, le curettage utérin et la dilatation. Ces moyens sont dangereux à cause des manœuvres violentes sur l'utérus. De plus, toute temporisation est une faute, et on doit d'emblée s'arrêter à la cure radicale.

Si la tumeur est médiocre par son volume et n'empêche pas la femme de vaquer à ses occupations, on peut pratiquer la ponction vaginale, surtout si la tumeur est prolabée dans le cul de sac de Douglas et en s'entourant des précautions antiseptiques nécessaires. Dans les autres cas, on ne doit pas employer cette manœuvre à cause des dangers qu'elle présente vis-à-vis du péritoine.

Dans les cas de salpingites tuberculeuses, on se guidera d'après les règles établies pour toutes les interventions chez les malades atteintes de tuberculose.

S'il existe une péritonite tuberculeuse en même temps que la salpingite, l'intervention est indiquée, le traitement de choix de la péritonite tuberculeuse étant la laparotomie.

Sur 32 cas de salpingite tuberculeuse traités par la laparotomie, il y a 25 guérisons datant de 8, 5, 3, 2 ans et plusieurs mois.

Cette statistique n'est-elle pas, on se le demande, exceptionnellement heureuse? S. R.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er juillet 1891

Présidence de M. le Dr Terrier

Suites éloignées de l'orchidopexie. — M. Gerard-Marchand rapporte l'observation suivante. Un jeune garçon de 16 ans, atteint d'ectopie testiculaire très douloureuse et d'une hydrocèle, entra au mois de septembre 1887 dans un service de chirurgie des hôpitaux où l'on fit la cure radicale de l'hydrocèle, en même temps que le testicule fut fixé au fond des bourses à la peau du scrotum par deux fils de soie. L'enfant fut momentanément guéri; mais en juillet 1889, il fut repris de douleurs testiculaires extrêmement vives et d'épanchement dans la tunique vaginale. Le testicule était remonté dans le canal inguinal, entraînant la peau du scrotum; l'hydrocèle était bilobée, deux loges s'étaient formées, l'une au-dessus, l'autre au-dessous du testicule dans le canal inguinal. Un autre chirurgien tenta de nouveau d'oblitérer le canal vagino-péritonéal et de ramener le testicule dans sa position normale après avoir soigneusement libéré le cordon spermatique de ses adhérences fibreuses. Les suites de cette opération furent bonnes; le petit malade semblait guéri, lorsqu'en février 1891, il fut pris de nouvelles douleurs extrêmement violentes dans le testicule. M. Gérard-Marchand, dans le service duquel il était entré, nota alors deux nodosités inflammatoires à la partie antérieure du testicule et à la tête de l'épididyme qui correspondaient aux points de fixation de la glande dans les bourses; celle-ci était de plus remontée dans le canal inguinal. Les deux tentatives d'orchidopexie n'avaient pas eu de résultats durables; il était dès lors évident qu'une nouvelle opération de ce genre n'aurait pas plus de succès. Un bandage en fourche aurait été impuissant à ramener et à fixer le testicule dans les bourses, d'ailleurs il n'aurait pu être supporté. En présence des accidents inflammatoires du testicule, M. Gerard-Marchand se décida à pratiquer la castration. Le testicule était atrophié et ne contenait pas de spermatoblastes, quoique l'épithelium des tubes seminifères fût normal; le canal déférent n'était pas obstrué; les nodosités inflammatoires étaient formées par du tissu fibreux au milieu duquel on retrouva les fils de soie passés en 1887, qui ne s'étaient pas résorbés. Ces fils étaient entourés de cellules géantes et de cellules embryonnaires en voie de prolifération; elles ne contenaient elles-mêmes aucun microbe; ils étaient restés à l'état de corps étrangers irritants dans une glande aussi sensible que le testicule.

Les conclusions à tirer de ce fait sont les suivantes. Chaque fois que l'on fera l'orchidopexie, il faudra libérer le cordon de ses adhérences fibreuses avec le canal inguinal, sans quoi on s'exposerait à voir remonter le testicule dans le canal. De plus il faudra, pour fixer la glande, employer des fils résorbables, afin d'éviter le travail inflammatoire qui ne manquerait pas de se produire autour de ces fils.

M. Richelot. — Dans l'orchidopexie, il ne suffit pas de fixer une glande mobile au fond des bourses qui sont elles-mêmes très mobiles. Le travail vraiment utile est celui que l'on fait autour du testicule, savoir : la libération du cordon avec ses attaches fibreuses au canal inguinal, la cure radicale de l'hydrocèle et de la hernie, lorsqu'elles existent. C'est à ce prix seulement que l'on empêchera le testicule de remonter dans le canal inguinal.

Kyste dermoïde du plancher de la bouche. — M. Monod était appelé par le Dr Gibert au mois de janvier 1889 pour opérer une jeune fille de 19 ans, atteinte de grenouillette sus-hyoïdienne. La petite tumeur faisait saillie sur le plancher de la bouche, un peu en dehors de la ligne médiane; la muqueuse était saine, le canal de Warthon intact; il n'existait aucun saillie vers la région sus-hyoïdienne. M. Monod pensa également qu'il s'agissait d'une grenouillette, mais avant d'opérer il fit une ponction avec une aiguille aspiratrice. Il ne sortit aucun liquide. Le trou fut agrandi avec la pointe du thermocautère et donna alors issue à une masse graisseuse jaunâtre, ne contenant pas de poils. Il ne s'agissait donc pas d'une grenouillette, mais d'un kyste dermoïde. M. Monod vida la poche par une large ouverture, cautérisa ses parois avec le chlorure de zinc et fit un pansement approprié. Le kyste

Digitized by Google

s'oblitera au bout de quelques mois, sans qu'il se soit produit d'accident.

La masse graisseuse de ce kyste, malgré l'absence de poils, suffisait pour en caractériser la nature. Cependant il différait des kystes dermoïdes de cette région par sa situation sur les parties latérales de la bouche, et par le défaut d'adhérences aux apophyses geni du maxillaire inférieur. Les kystes médians font souvent saillie dans la région sus-hyoïdienne, ainsi que M. Gérard-Marchand l'a signalé ; il est alors préférable de les opérer par la voie cutanée. Dans ce cas particulier, le kyste faisait saillie du côté de la bouche, ses parois étaient minces, il n'était donc pas nécessaire de les exciser. M. Monod a préféré agir par des moyens simples et la voie buccale, pour éviter une cicatrice cervicale, toujours désagréable chez une jeune fille.

H. M.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 juillet 1891

Présidence de M. le Dr Labbé.

Du tremblement héréditaire. — M. Debove a observé ce tremblement chez plusieurs personnes appartenant à deux familles différentes, dont il rapporte les observations. Ce mode de tremblement, déjà signalé par M. Fernet et par M. Charcot, se déclare dans l'enfance, se transmet aux descendants d'une même famille, se distingue aisément du tremblement de la paralysie agitante, de celui de la maladie de Basedow et même du tremblement sénile, avec lequel il paraît avoir le plus d'analogies. M. Debove termine la lecture de ses observations par les conclusions suivantes :

Il existe un tremblement héréditaire, qui se transmet dans la ligne paternelle aussi bien que dans la ligne maternelle et n'atteint pas nécessairement tous les membres de la famille. Il se transmet sans atténuation, sous une forme toujours identique.

C'est un tremblemeet à oscillations rapides (8 par seconde), nul au repos complet. Les oscillations, produites par l'attitude du serment, persistent sans s'exagérer dans les mouvements intentionnels. Il peut s'étendre aux membres inférieurs, aux paupières, aux lèvres, à la langue. Il a son siège de prédilection dans les membres supérieurs. Il a des caractères propres qui ne permettent pas de le confondre ; en tous cas, les antécédents de famille lèveraient tous les doutes.

Anévrysme latent de l'aorte thoracique. — M. Laveran. Un officier, âgé de 55 ans, entrait le 28 juin au Val-de-Grâce pour des douleurs intermittentes très vives, tantôt dans la poitrine, tantôt dans l'abdomen, en un mot mal caractérisées. On se demandait s'il s'agissait de coliques néphrétiques ou d'angine de poitrine. Les bruits du cœur étaient normaux ; on ne découvrait aucun signe d'affection cardiaque ; il existait de l'emphysème pulmonaire et, à la base du poumon gauche, on notait une légère matité et un peu d'obscurité du bruit respiratoire, qui furent imputés à un commencement de pleurésie. Le malade, après son entrée, eut un accès de fièvre très passager. Il allait aussi bien que possible lorsque, le 29 juin, à 10 heures du matin, il fut pris d'une angoisse subite, considérable, dans la région précordiale : il lui semblait qu'il allait mourir ; le pouls était petit, les extrémités froides. On lui fit aussitôt une injection de un centigramme de morphine. La douleur ne tarda pas à se calmer, et le lendemain le malade se trouvait si bien qu'il voulait sortir de l'hôpital. Le soir, il eut une nouvelle crise douloureuse aussi violente que la première, qui ne céda pas complètement sous l'action de la morphine. Le 1er juillet, il eut, à 8 heures du soir, une troisième crise à laquelle il succomba en quelques minutes.

L'autopsie donne des résultats inattendus. Le poumon gauche emphysémateux recouvrait le cœur ; la plèvre gauche était remplie d'une masse énorme de caillots et de sang. Une hémorragie foudroyante avait déterminé la mort ; cette hémorragie avait eu pour cause la rupture d'un anévrysme gros comme un estomac d'enfant, occupant l'aorte thoracique ; la perforation présentait la dimension d'une pièce de un franc et s'ouvrait directement dans la plèvre. Le cœur était petit, graisseux ; il n'existait pas de lésion appréciable du péricarde ou de l'endocarde. La crosse de l'aorte était dilatée, parsemée de plaques athéromateuses assez larges. Le calibre des artères coronaires, à leur origine, était normal ; il n'existait pas d'athérome à leur voisinage.

Aucun signe pendant la vie n'avait pu faire penser à l'existence d'un anévrysme de l'aorte. Le malade n'avait jamais craché de sang.

Urticaire de la luette. — M. Laveran présente un militaire qui, depuis le matin, était atteint d'une gêne très sensible de la déglutition. En faisant ouvrir la bouche, on constate une légère rougeur de l'isthme du gosier et des amygdales et un œdème énorme de la luette, qui occupe tout l'espace libre entre les amygdales. Il n'existait pas de fièvre. Depuis plusieurs années, cet homme se réveille tous les matins avec une crise d'urticaire géante, occupant tantôt les mains, tantôt les paupières ou toute autre région et déterminant de l'œdème de ces parties. M. Laveran considère cette dernière manifestation comme une urticaire aiguë du pharynx.

Méningite typhoïde par bacille d'Eberth. — M. Fernet rapporte un cas de fièvre typhoïde ayant évolué avec les symptômes d'une méningite. A l'autopsie, on trouva sur la partie terminale de l'iléon une plaque de Payer ulcérée, un liquide louche sous-arachnoïdien très abondant, de très nombreuses adhérences de la pie-mère au cerveau. Des cultures faites avec le liquide sous-arachnidien, ensemencé dans divers milieux, donnèrent des colonies pures du bacille d'Eberth. Il n'était donc pas douteux que les accidents cérébraux avaient été déterminés par le développement du bacille typhique dans les méninges.

Dr H. Marciguey.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 juillet 1891

Présidence de M. le Dr Tarnier.

Traitement des tumeurs de la vessie. — M. Lavaux fait la communication suivante. Parmi les accidents graves qui peuvent être notés pendant l'évolution des tumeurs vésicales, le plus fréquent est l'hématurie, qui est ordinairement abondante et parfois difficile à faire cesser. Or, un moyen simple d'obtenir ce résultat, c'est de pratiquer des injections intra-vésicales avec une solution très chaude d'acide borique à 4 0/0. J'ai été conduit à employer ce procédé en voyant les heureux résultats obtenus à l'aide d'un moyen analogue dans les hémorrhagies utérines.

Chez trois malades surtout ce procédé m'a donné d'excellents résultats. Dans l'un de ces cas, les urines contenaient du sang depuis près d'un an, malgré l'usage des médicaments ordinairement employés. Quand je vis ce malade, son état était très grave, sa faiblesse extrême et l'hématurie abondante. Celle-ci cessa immédiatement sous l'influence d'injections très chaudes. Au bout de dix-sept jours, les urines étaient absolument claires et l'état général s'était considérablement amélioré. Aujourd'hui, plus d'un an après les accidents qui ont failli l'emporter, l'état général est excellent et ce malade, malgré une affection néoplasique grave de la vessie, a l'illusion d'une santé parfaite.

Dans un autre cas fort intéressant, il s'agissait de végétations de l'urèthre avec un papillome uréthro-vésical diagnosti-

Digitized by Google

ué à l'aide de l'endoscope. L'électrolyse me permit de détruire n partie le papillome, ce qui rendit la miction facile et le cathétrisme possible avec une sonde en gomme n° 20. Mais, pennt le traitement, bien que je n'eusse employé que dix milliamères, il survint deux fois, trois jours après une séance d'électrolyse, une hémorrhagie abondante, qui cessa immédiatement us l'influence d'injections très chaudes.

Traitement de la tuberculose chirurgicale. — M. Lanelongue reproduit et complète sa communication à l'Académie des sciences. Sa méthode consiste à injecter, autour du ssu tuberculeux, dans le tissu sain, une solution de chlorure zinc. Cette substance n'a pas d'action spéciale sur le ssu tuberculeux; c'est un médicament fixateur qui tue les éments anatomiques en les conservant sur place. Dès les remiers jours qui suivent l'injection, on constate un afflux nsidérable d'éléments embryonnaires qui infiltrent le tissu berculeux : la sclérose va commencer. Les artères s'oblirent, cette endartérite restreint considérablement l'afflux sanuin. La sclérose s'établit.

Les injections faites dans le poumon ne causent pas de douur. Celles faites dans les autres points du corps causent quelquefois une douleur assez vive. Si l'injection est poussée rofondément, on n'observe presque pas d'œdème. Les fongoités s'aplatissent, les tissus deviennent très durs.

Comme accidents, M. Lannelongue, sur 24 malades, a obervé quatre fois des épanchements sanguins qui disparaissent ar la compression. Il a vu quelquefois des escharres de la eau, mais qui n'ont pas eu d'importance.

Dans ces tuberculoses non ouvertes et suppurées, il faut ommencer par vider la cavité, on la lave ensuite avec grand oin avec de l'eau stérilisée et on traite la paroi fongueuse par le procédé indiqué. Dans les tuberculoses ouvertes, c'est à-dire suppurées, les injections ont pour résultat de provoquer une inflammation, qui va souvent jusqu'à la formation d'un abcès et qui donne des indications nouvelles ; la plupart du temps on est arrivé à extraire des séquestres.

Le traitement par le chlorure de zinc ne supprime pas les opérations, mais il en rend les indications plus précises.

Quant aux effets du traitement sur le tissu tuberculeux des animaux, M. Lannelongue n'en peut rien dire, les expériences entreprises n'étant pas terminées. Chez l'homme, le chlorure de zinc crée autour du tissu tuberculeux une barrière épaisse, infranchissable.

Il faut agir sur la zône la plus voisine des fongosités. L'injection sera faite à la périphérie de celles-ci. On injectera de deux à trois gouttes à chaque injection et on fera quatre ou cinq piqûres à la morphine des tissus envahis par les tubercules. On injectera en tout huit à douze gouttes. Au genou, par exemple, l'injection sera faite au-dessus du cul-de-sac rotulien et sera poussé jusqu'à l'os. On renouvellera la même opération au-dessous du cul-de-sac inférieur de la synoviale.

Il faut éviter de pousser l'injection dans la cavité articulaire.

Les injections seront faites dans les régions d'où les synoviales tirent leurs vaisseaux. On fera aussi ces injections le long des grands ligaments. On ne doit pas craindre de perforer les artérioles.

Les injections ne doivent pas être poussées immédiatement sous la peau.

Pour les fongosités articulaires, on se servira d'une solution au dixième, pour les poumons d'une au quarantième, pour l'épididyme d'une au vingtième. Quand on opérera sur des ganglions tuberculeux, l'injection sera poussée à la périphérie de ceux-ci. Dans les abcès tuberculeux ganglionnaires, on fera d'abord un lavage soigneux avec de l'eau stérilisée, puis on fera l'injection à la périphérie.

Il faudra en outre donner au membre malade une bonne attitude et faire, après l'opération, une compression élastique.

M. Le Fort. — Le 6 août 1879, à la Société de Chirurgie, j'ai parlé des injections modificatrices dans le traitement des arthrites fongueuses. J'ai employé les injections de sulfate de zinc au dixième exactement avec les mêmes indications que M. Lannelongue; sous l'influence de ce traitement, les fongosités ont pris une consistance plus grande, puis ont diminué et ont quelquefois disparu. Mais, le plus souvent, après une guérison apparente, la maladie a repris son cours. J'ai été ainsi amené à préférer aux injections de sulfate de zinc les ponctions électrolytiques.

M. Lannelongue réplique qu'il emploie le chlorure et non le sulfate de zinc, qu'il ne fait pas d'injections interstitielles, ni intra-articulaires.

M. Rochard lit un rapport sur un travail de M. Jeannel ayant pour sujet l'influence du déboisement sur la dépopulation de la France.

Elections. — Sont nommés membres correspondants nationaux MM. les Drs Pilat (de Lille), par 50 voix sur 63 votants et Spillemann (de Nancy), par 48 voix sur 65 votants.

F. R.

BULLETIN DE LA SEMAINE

L'inoculation du cancer à l'homme. — L'enseignement clinique de la médecine et la Société des chirurgiens des Hôpitaux

On continue à mener quelque bruit à propos de la communication académique, désormais fameuse, de M. Cornil sur l'inoculation du cancer à l'homme.

Tout le monde proteste plus ou moins bruyamment. Cela fait honneur aux sentiments humanitaires de l'universalité des chirurgiens français.

Nous manquerions à la logique en ne nous associant point à ces protestations légitimes. Ce n'est point la première fois du reste, inutile de le rappeler, que le *Journal des Praticiens* s'élève contre des essais plus homicides qu'humanitaires. Il n'avait pas, ce semble, attendu l'impulsion du voisin pour jeter le premier cri d'alarme contre l'emploi de la lymphe de Koch dans les hôpitaux et les tentatives si fâcheusement entreprises à Laennec et ailleurs avec ce remède secret.

Mais revenons au cancer et à son inoculation sur l'homme. Dans une lettre adressée exclusivement à la presse extra-scientifique, M. Cornil a expliqué le motif de sa communication. De plus, œuvre somme toute fort facile, — puisqu'on ne l'accusait point personnellement, — il a plaidé pour lui, non coupable, tout en blâmant l'auteur du criminel exploit.

La publicité donnée à cette lettre dans les journaux politiques nous dispense de la reproduire.

Elle ne nous dispense point cependant d'exprimer un regret, celui de constater qu'elle n'a point convaincu tout le monde. Malgré les affirmations de M. Cornil, un doute très fâcheux subsiste sur la nationalité du chirurgien coupable.

Est-il possible de faire cesser toute équivoque? Dès l'origine, une déclaration catégorique aurait coupé court à des insinuations injustifiées. On s'en aperçoit et on le regrette; car voici que les chirurgiens des divers villes de France vont se trouver dans la nécessité humiliante

Digitized by Google

de répudier un crime qu'ils n'ont pas commis et de rédiger des protestations comme la suivante :

« Les chirurgiens rémois, émus des graves accusations lancées par une partie de la presse, affirment qu'aucun d'eux n'a jamais, à aucune époque, pratiqué de greffe cancéreuse et dégagent leur responsabilité des faits incriminées.

« Ont signé : MM. Decès, prof. de clin. chir.; Harmand et Habran, chirurgiens à l'Hôtel-Dieu ; Gueillot, chirurgien suppléant à l'Hôtel-Dieu ; Adrien Pozzi, prof. de pathol. externe; Doyen.

Le directeur de l'Assistance publique de Paris a déclaré après enquête, on le sait, que les chirurgiens des hôpitaux de cette ville étaient innocents de ce crime. Déclaration excellente, mais à coup sûr bien superflue, car on n'a jamais douté, je pense, même dans les bureaux de l'administration, de ce traditionnel respect pour la vie des opérés.

D'autre part, on annonce que le procureur général près la cour de Paris se dispose à ouvrir une enquête. Il aurait même, ajoute-t-on, adressé à M. Cornil une demande de renseignements.

Pourquoi une enquête? Si comme ce dernier l'a déclaré à la tribune académique le coupable est un étranger, la juridiction française ne peut rien contre lui. Et puis voyons, M. Cornil, cela se devine, se refusera, s'il ne l'a déjà fait, de se porter dénonciateur. C'est son droit et son devoir.

Ainsi donc, au grand détriment de l'honneur professionnel, ces insinuations mal fondées suivront leur cours. Il y aura des gens pour penser que l'Académie aurait pu refuser d'entendre une semblable communication.....

Eh bien! Non; il aurait alors fallu d'abord refuser toute expérience officielle sur la lymphe de Koch et ne pas autoriser tacitement l'essai illégal de ce remède secret et meurtrier dans les hôpitaux et ailleurs. Quand le vin est tiré, il faut le boire.

C'est la seule morale à tirer de cet incident, auquel la médecine et la chirurgie françaises sont étrangères. Voilà l'essentiel ; ne serait-il pas temps de le clôturer et de dire : *Much ado about nothing*.

***

On sait que la Société médicale des hôpitaux a voté un projet de réforme de l'enseignement médical parisien.

Le moment viendra un jour de le discuter et d'en mesurer la valeur.

Le *Journal des praticiens* n'y manquera point. A chaque jour son œuvre.

Dans la même intention, M. Reclus et une Commission nommée par la Société des chirurgiens viennent aussi de rédiger un rapport, dont voici quelques extraits.

Ce document débute, avec précieux et sincère sous la plume d'un professeur agrégé à la Faculté, par le procès de l'organisation officielle de l'enseignement médical pratique à Paris :

A cette heure, c'est M. Reclus qui l'écrit, l'enseignement clinique chirurgical des 4,300 élèves inscrits sur les registres de la Faculté n'est distribué que par quatre chaires magistrales. De toute évidence, ce chiffre est d'une insuffisance notoire et le plus grand nombre devrait renoncer à toute instruction si l'Assistance ne leur avait ouvert les portes de ses salles, en vertu d'un traité dont plusieurs documents visent l'existence, mais dont on n'a pu retrouver le texte original. Par ce traité, l'Assistance accueille dans ses hôpitaux les professeurs de clinique et cède à la Faculté un certain nombre de services; mais, en échange, elle reçoit, de cette même Faculté, les stagiaires qu'elle utilise pour soigner ses malades. Les stagiaires appartiennent donc à l'Assistance ; la Faculté a perdu sur eux tout droit de contrôle et l'on se trouve en présence de cette situation paradoxale : la Faculté est responsable devant l'opinion de l'instruction clinique de ses élèves, mais elle ne peut rien pour cette instruction, puisque le stagiaire est hors de sa tutelle.

A l'hôpital, le stagiaire est placé sous le régime de la liberté absolue : s'il veut travailler, il le peut; au besoin, on l'y aide. Mais, s'il aime mieux ne rien faire, « traverser en spectateur indifférent les salles des malades », ne paraître que pour signer la feuille de présence, ou même charger un ami de signer cette feuille, rien de plus simple : il n'est pas un chef sur dix qui s'astreigne à l'appel quotidien ; il n'en est pas un sur quinze pour refuser, à la fin du semestre, d'attester, par un certificat, la présence assidue d'un élève que, peut-être, il n'a jamais vu. Je n'insiste point : nous savons tous somment on fait le stage ou, mieux, comment on ne le fait pas.

Ce qui prouve ajouterons-nous, que la Faculté se désintéresse de ses élèves, puisque à l'heure actuelle, problème, paraît-il, insoluble seulement pour elle, elle n'a pu ou plutôt n'a point voulu trouver un moyen de contrôle de cette assiduité. Singulière excuse, dans une administration où ce qui manque le moins, ce sont encore les fonctionnaires.

Il faut donc des réformes? De quel côté les trouver?

Du côté de l'Université, c'est-à-dire de l'Etat? M. Reclus répond non et nous aussi. Les Chambres, plus soucieuses d'équilibrer le budget que de réformer l'enseignement, repousseraient tout projet ministériel. Donc rien à espérer de l'Etat.

D'ailleurs, voyons, n'est-ce pas une illusion de demander à une institution pourvue d'un monopole d'avouer ses faiblesses, de se réformer elle-même et d'aller au-devant de la concurrence. En bonne raison, le desintéressement est une vertu humaine; comme tel il a des limites. Il ne faut pas demander l'impossible.

Du côté de la ville de Paris? M. Reclus et les commissaires, ses collègues, hésitent à le croire. Et puis, on le pressent, ils ont des préventions; ils éprouvent comme un scrupule d'accepter — « des offres repoussées » — trop hâtivement, — d'aucuns aujourd'hui le reconnaissent — par la majorité des membres de la Société des hôpitaux.

L'Etat obéré se récuse; la ville de Paris fait des offres, on la récuse. Serait-ce donc un moyen comme un autre de ne rien faire et, comme à Byzance, de s'exercer à l'amour platonique de réformes reconnues nécessaires?

Je reviens au rapport de la Commission; elle estime que des vœux formulés par la Société médicale des hôpitaux, quelques-uns réclament un supplément d'enquête. Cet avis judicieux serait celui de tout le monde si on admettait, hypothèse plus courtoise que vraisemblable, la validité et la viabilité de toutes ces propositions.

Digitized by Google

Le premier, le sixième et peut être le dixième vœu, écrit le sympathique rapporteur, n'ont soulevé aucune discussion : oui, nous sommes d'avis que le stage hospitalier soit porté à trois ans et fait chaque année moitié en médecine, moitié en chirurgie.

Nous pensons également que les services affectés à l'enseignement doivent être choisis indistinctement dans les hôpitaux du centre et dans les hôpitaux excentriques.

Nous ne verrons pas d'un mauvais œil « que l'Assistance autorise la création de cours libres sur les différentes spécialités ; ils seraient payés directement par les élèves et devraient être faits en dehors des heures des services hospitaliers ». Il y a là une excellente occasion de voir ce que donne, à l'usage, le principe de la rétribution du maître par l'élève, principe qui, pour nombre de bons esprits, ferait disparaître beaucoup d'obstacles au développement régulier de notre enseignement supérieur.

Les sept autres résolutions nous paraissent prématurées : nous discutons à vide tant que nous ignorons ce que les pouvoirs publics peuvent ou veulent faire. En effet, le deuxième et le troisième vœux sont ainsi conçus : « Les stagiaires seront répartis par groupe de vingt à vingt-cinq dans les services affectés à l'enseignement ; le nombre de ces services sera fixé à seize. » Nous lisons, d'autre part, dans l'exposé des motifs, que les chaires chirurgicales seraient de huit ou dix. Or, nous ferons deux remarques : D'abord vingt-six chaires, — sans compter les cliniques d'accouchement — exigeraient déjà 104,000 fr., si nous acceptons le chiffre de 4,000 fr., qui, dit-on, serait attribué à chaque chaire. Or, tout le monde sait que, pour l'organisation d'une clinique, le traitement du professeur constitue la plus petite dépense ; il faut annexer à la chaire des laboratoires et payer ceux qui les dirigent. La Société médicale n'a-t-elle pas réclamé, par un vote unanime, « la création d'un chef de laboratoire dans chaque grand hôpital ? » C'est parfait, mais combien seraient insuffisants les 120,000 fr. dont on parle comme future dotation des services nouveaux !

Deuxième et fort importante remarque : les stagiaires seraient répartis dans les seuls services de clinique de telle sorte que, pour ce qui concerne les chirurgiens, deux sur trois en seraient privés. Le sacrifice est-il supérieur aux avantages que nous apportent les futures réformes ? On devra discuter ce point et il n'est pas le seul, je dois le dire, qui ait soulevé des objections sérieuses au sein de votre commission ; en effet, le rapport estime qu'il y aurait huit à dix chaires de clinique chirurgicale contre seize de clinique médicale ; or, les stagiaires seront distribués par groupes de vingt à vingt-cinq qui suivront d'ailleurs un nombre égal de cours de médecine et de chirurgie. Les deux termes du problème sont incompatibles : si chaque groupe d'élèves instruits par seize médecins doit être de vingt-cinq, il sera de cinquante s'il n'y a que la moitié de chirurgiens, c'est-à-dire huit.

L'impossibilité d'accepter le projet actuel de la Société médicale éclate plus encore, lorsqu'on passe à l'examen des articles qui règlent le groupement des élèves et qui établit le roulement des études pendant les trois années de stage ; de même de l'article qui a trait au mode de nomination des futurs professeurs et à la durée de leur mandat. Ces obscurités et ces lacunes prouvent suffisamment qu'un projet de cette importance ne doit pas être élaboré à la légère et par une seule des parties intéressées. Les médecins, les chirurgiens et les accoucheurs des hôpitaux auraient dû déléguer quelques-uns des leurs ; ceux-ci auraient préparé un projet dont vous eussiez été saisis en temps et lieu, projet qui devrait avoir pour *base essentielle l'intégrité des prérogatives dont jouit le corps médico-chirurgical* des hôpitaux de Paris.

Restons sur ces mots : intégrité des prérogatives du corps médico-chirurgical des hôpitaux.

Le maintien de ces prérogatives serait-il donc inconciliable avec l'intérêt trop oublié des étudiants, la liberté de l'enseignement et l'émulation par la concurrence ? Cette hypothèse fâcheuse ne mérite point, je pense, d'être discutée.

Pour notre part, nous estimons que non. C'est pourquoi nous persisterons, après comme avant ce rapport, à demander l'organisation municipale d'un enseignement pratique de la médecine et non pas l'absorption du corps médico-chirurgical des hôpitaux de Paris par la Faculté.

CH. ELOY.

INFORMATIONS

ÉTRANGER

AFRIQUE. — **L'Hôpital de Bengola.** — Cet établissement, contenant quarante lits, a été récemment établi à Bengola, situé dans le bassin supérieur du Congo, à 1,000 milles anglais de l'Océan. Il est destiné surtout à hospitaliser des convalescents.

NOUVELLES MILITAIRES

FRANCE

Nominations dans le corps de santé militaire. — (Armée territoriale). *Au grade de médecin-major de 2e classe* : MM. les médecins de 2e classe retraités, Jassot et Berger.

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. les médecins-majors de 1re classe retraités, Utz, Pineau, Bouchardat.

Nominations dans le corps de santé de la marine (Activité). — *Au grade de médecin de 2e classe* : M. Hayries, médecin auxiliaire de 2e classe.

(Réserve). *Au grade de médecin principal* : M. le Dr Eleonet, médecin principal de la marine en retraite.

Nominations dans le corps de santé des colonies. — *Au grade de médecins de 1re classe* : MM. Preux et Dupouy.

Au grade de médecins de 2e classe : MM. les médecins de 2e classe de la marine, Brassier, Grall, Vasticar, Loussot et Bureau et MM. les médecins auxiliaires de 2e classe, Aunac et Mas.

ÉTRANGER

ANGLETERRE. — **L'hygiène et la mortalité militaire à la Jamaïque.** — Avant 1836, on comptait dans cette garnison 101,9 décès par mille hommes, et chaque année, chaque soldat entrait deux fois à l'hôpital. En 1889, la mortalité moyenne a été de 11,36 pour 1,000 et dans cette statistique on n'a compté aucun cas de fièvre. Cette amélioration de la santé militaire a été obtenue par l'amélioration des baraquements et de la quantité d'air pur distribué à chaque homme.

NOUVELLES SANITAIRES

ASIE MINEURE. — **Le choléra d'Alep.** — Cette épidémie, dont on annonce l'intensité croissante, paraît être la suite de celle de 1890. La situation topographique d'Alep et son voisinage de la côte donnent à cette explosion cholérique une réelle gravité.

Néanmoins, un grand nombre de pèlerins se rendent à

Digitized by Google

Hedjaz. L'état sanitaire de Medine est, dit-on, excellent et les excès que l'on signale à la Mecque sont dûs, ajoute-t-on, aux fièvres palustres.

VARIÉTÉS

Remèdes empiriques et populaires. — *L'année médicale de Caen* rapporte les faits suivants:

Contre les nerfs forcés, les douleurs articulaires, les entorses, c'est le poisson qui réussit, paraît-il, dans les villes et les campagnes du Calvados.

Tout dernièrement, un rédacteur de ce journal est appelé par un cultivateur atteint d'arthrite goutteuse, qui se traitait selon la recette suivante:

« Prenez un hareng-saur, ouvrez-le. retirez l'arête et appliquez l'intérieur sur le siège de la douleur, recouvrez et maintenez avec des compresses trempées dans... l'urine.

« La douleur se calme instantanément.

— « Comment diable ! dis-je à mon interlocuteur, avez-vous eu l'idée de choisir un hareng saur plutôt que de la morue ou du maquereau salé ?

— « Ah ! monsieur, me répondit-il, le remède n'est pas de moi. Il m'a été indiqué par défunt M. du Vert-Bois (le châtelain de l'endroit), qui le tenait lui-même d'un danseur de corde. C'est un drôle de remède, pour sûr ; pas moins qu'il m'a soulagé.»

Il est à remarquer que l'urine joue un grand rôle dans la thérapeutique rurale. Nous avons connu une maraichère atteinte d'un cancer au sein, qui ne faisait d'autre traitement que de boire, tous les matins, un verre de l'urine de son mari. Malgré sa foi robuste, l'auto-suggestion fut impuissante à entraver les progrès du mal, et elle succomba dans le marasme.

L'élevage des enfants dans le son. — Proposé par M. Hue, à la Société normande d'hygiène pratique, ce système consiste à remplir le berceau doublé d'une forte toile, avec du son de froment stérilisé ou fin et disposé en une couche atteignant 30 à 50 centimètres. Au niveau de la tête, on place un oreiller de crin. L'enfant vêtu seulement d'une brassière, est nu à partir de l'ombilic et recouvert d'une couverture de laine. Pour les têtées on le sort du berceau, on le coule dans des langes.

Ce procédé assurerait la liberté complète des mouvements du nourrison et l'enlèvement des déjections. Il serait d'une minime dépense. En tous cas, il ne manque pas d'originalité ; c'est un avantage qui fait honneur à l'ingénieur inventeur.

Hyperesthésie cocaïnique. — Au lieu de provoquer l'anesthésie, les instillations de cocaïne peuvent parfois produire l'hyperesthésie. M. Millie vient de le prouver dans le *Recueil d'ophtalmologie* par le fait suivant :

Une malade atteinte de cataracte double demande à être opérée du même coup, des deux yeux. On instille la cocaïne dans l'œil gauche : une douleur atroce se produit. Pendant l'opération, le moindre attouchement des instruments fut extrêmement pénible, on opéra le second œil sans cocaïne et la douleur opératoire fut infiniment moins vive que cette hyperesthésie cocaïnique.

La possibilité de cette hyperesthésie est un fait à retenir pour éviter les surprises.

Le massage des pleurétiques. — Il a pour avocat M. Poliakow (de Tiflis), qui l'a vu faire merveille dans dix cas de pleurésie.

Comment le pratiquer ? Sur le trajet et dans la direction des lymphatiques ; suivant les rayons convergeant vers le creux axillaire du côté malade, et sous la forme d'effleurage, de hachures, de tapotements et de frictions. Une ou deux séances quotidiennes, durant dix à vingt minutes, puis, paraît-il, comme résultat final, après un à trois septenaires, la résorption de l'épanchement.

Reste à savoir quelle théorie on peut donner pour expliquer ce traitement. M Poliakow compare ses effets à la révulsion par le vésicatoire ou les pointes de feu ; et admet qu'il produit la sédation du point de côté, une énergie plus grande des mouvements respiratoires et l'amplification du thorax.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs Richard, médecin militaire ; Girard, médecin de la marine en retraite.

En Autriche : M. le Dr Scanzoni, ancien professeur de gynécologie à la Faculté de Wurtzbourg.

En Angleterre : MM. les Drs Hewett, ancien professeur d'anatomie à Saint-Georges medical School, de Londres, et Schoud, professeur de médecine à l'Université d'Aberdeen.

Aux Etats-Unis : MM. le Dr Backer, professeur de gynécologie à Bellevue Hospital-College de New-York.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Bergtold. — La maladie d'Addison (*The N.-York med. Journal*, 13 juin 1891).

Birck-Hirschfeld. — De la prédisposition à l'infection tuberculeuse (*Wiener med. Blatter*, 1891, n° 17).

Brunner. — Sur l'élimination des micro-organismes pathogènes par la sueur (*Berliner Klin. Woch.*, p. 505, n° 21).

Dains. — De l'albuminurie dans l'état de santé (*The N.-York med. Record*, 13 juin 1891).

Duffey. — Kyste hydatique de la plèvre (*Dublin Journal of Med. Sciences*, avril 1891).

Goulliond et Adenot. — Perforation de l'appendice iléo-cœcal et péritonite due au bacillus coli communis (*Lyon méd.*, 20 juin 1891).

Grandjean. — Un cas d'automatisme comitial ambulatoire (*Revue méd. de la Suisse Romande*, 20 juin 1891).

Kelley. — De l'hystérie chez l'homme (*The N.-York med. Record*, 13 juin 1891).

Lemoine. — Alcoolisme chronique avec dissociation de la sensibilité et panaris analgésique superficiel (*Lyon med.*, 21 juin 1891).

Lubursch. — Recherches sur les causes de l'immunité congénitale et de l'immunité acquise (*Zeitschrift f. Kl. Med.*, 1891, t. XVIII, p. 421, et t. XIX, p. 360).

Ludome. — Quelques mots sur le vertige paralysant (*Revue méd. de la Suisse Romande*, 20 juin 1891).

Masius. — Contribution à l'étude du rétrécissement duodénal au-dessous de l'ampoule de Vater (*Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*, juin 1891, p. 232).

Pascale. — La fièvre inflammatoire (*Riforma medica*, 17 juin 1891).

Pugliesi (G.). — Un cas d'herpès zoster général et fébrile. (*Riforma medica*, 13 juin 1891).

Raymond. — Sur l'état de l'appareil de la vision dans la maladie de Thomsen (*Gaz. méd. de Paris*, 27 juin 1891).

Runeberg. — Du traitement opératoire de la pleurésie purulente à la clinique interne de Helsingfors (*Finska Lakar. Handlingar*, juin 1891).

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

Paris. — Imp. Charles Schlaeber, 57, rue Saint-Honoré.

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE N° 29 15 JUILLET 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, BÉCLÈRE, BROCQ, DEMELIN, DU CASTEL, GINGEOT, Charles MAURIAC, PEQUÉ, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

AVIS. — L'Administration du Journal prie instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement est expiré depuis le 30 juin 1891, de lui faire parvenir, par mandat-poste, le montant de leur renouvellement pour leur éviter les frais du recouvrement s'élevant à 75 centimes par quittance.

REVUE GÉNÉRALE

La médication sclérogène de la tuberculose.

Sclérogène ? Le mot est-il bien nouveau ?

Depuis huit jours, il a cessé de l'être. Une presse extra-scientifique et complaisante s'efforce, Dieu merci ! de le rendre plus familier aux malades qu'aux médecins ou aux corps savants. Cette habitude devient vulgaire.

En tout cas, la méthode paraît nouvelle : elle est élégante et originale. De plus, elle est française ; cela vaut mieux.

Les noms de MM. Lannelongue et Achard et leurs travaux (1) la recommandent. On annonce son efficacité. Un contrôle s'impose donc : celui des médecins. Qu'est la médication sclérogène ? Quelles en sont la technique et la valeur thérapeutique ? Autant de questions utiles à résoudre, pour répondre aux obsessions des malades et prévenir leurs espérances prématurées.

I

En principe, la *médication sclérogène* est d'une ingénieuse simplicité. Elle consiste — « à imiter la nature » — intention toujours louable, — à isoler le microbe spécifique dans une atmosphère fibreuse et protectrice ; enfin, — « à transformer les produits immédiats de ce bacille. »

Hier encore, dans la thérapeutique de la tuberculose, l'objectif était différent. Avec la médication nécrophytique on harcelait le bacille spécifique, et on en atténuait la vitalité — et si l'agent médicamenteux en possédait la puissance, on le tuait.

Avec la médication sclérogène, on l'isole, et s'il succombe, c'est par inanition. La tactique thérapeutique est autre : le résultat est-il le même ? Ces points méritent explication.

Au lieu de pénétrer dans le foyer tuberculeux, M. Lannelongue propose en effet de modifier les tissus circonvoisins ; de conduire l'agent médicamenteux — « en dehors d'eux et autour d'eux » ; bref, de provoquer un processus sclérogène.

Pourquoi ? M. Lannelongue en trouve l'indication dans l'évolution des foyers tuberculeux et dans leur constitution anatomique. Voici son raisonnement.

Au centre de ces foyers, dit-il, il y a des produits dégénérés, âgés, en nécrobiose ; à la périphérie, les processus sont jeunes et récents.

« La fonction bacillaire s'accomplit donc excentriquement », — et les tissus normaux, limitant le foyer morbide, sont « comme une matrice élaborant sans « cesse, sous l'incitation du bacille, le néoplasme tuber- « culeux qui dès lors se propage de proche en proche « et par continuité de tissu. »

La *thérapeutique germicide* de la tuberculose espérait et ne désespère pas encore, malgré de nombreux échecs, de tuer « ce bacille incitateur » ou de diminuer sa vitalité.

La *thérapeutique antiseptique* compte neutraliser les toxines élaborées par lui et stériliser les tissus dans lesquels le néoplasme tuberculeux se propage.

La *thérapeutique sclérogène* se fait-elle plus modeste ? Son action germicide et antiseptique est indirecte. Elle a pour multiple objectif de modifier la zône périphérique, « où se fait l'ensemencement », d'oblitérer les vaisseaux sanguins, nourriciers du néoplasme, de provoquer par un processus, nutritif d'abord et regressif ensuite, la formation d'un tissu fibreux constituant autour « des altérations spécifiques » une infranchissable barrière.

Bref, hier le mot d'ordre était de tuer le bacille de mort violente ; aujourd'hui il est de l'emprisonner et de le faire mourir par inanition. Je le répète, l'idée est ingénieuse et la tactique habile. Elle consiste à frapper par derrière l'ennemi qu'on renonce à atteindre par devant.

II

La physiologie expérimentale justifie-t-elle ces données théoriques ? Les essais de M. Achard donnent lieu de le croire. Il a expérimenté sur le lapin et le chien, et il a vu l'injection sclérogène de chlorure de zinc provoquer une réaction inflammatoire dans le tissu osseux, les articulations et même le parenchyme pulmonaire. On connaît du reste depuis longtemps l'action irritante du chlorure de zinc sur tous les tissus.

L'injection sclérogène est suivie de l'infiltration d'éléments embryonnaires, d'artérites oblitérantes et, finalement, de l'organisation d'un tissu fibreux. Ce processus, cela va sans le dire, varie suivant la nature des tissus ; mais, à ces différences près, dans les articulations comme dans le parenchyme pulmonaire, il aboutit toujours, paraît-il, à la formation de cette couche fibro-cartilagineuse, qui joue le rôle tutélaire d'une barrière protectrice.

(1) Voir *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 8 juillet 1891, n° 26, p. 440 (Séance de l'Académie de médecine du 7 juillet 1891).

Digitized by Google

Ces essais sont favorables aux données théoriques. Il leur manque cependant la sanction nécessaire et le contrôle d'autres observateurs.

Autre lacune de nature à motiver des scrupules sur l'action germicide de cette médication : que deviennent le tubercule et le bacille encapsulés dans le tissu sclérreux ? On l'ignore ; une seule fois l'examen histologique de ce tissu fibreux a été pratiqué par M. Lannelongue. Il s'agissait d'une tuberculose de la paroi thoracique : les nodules tuberculeux avaient disparu, l'inoculation au cobaye fut négative. De plus, M. Lannelongue se demande s'il ne s'est trompé dans le diagnostic ? L'aveu est de sincérité ; mais alors que conclure ? D'ailleurs, même en l'absence de ce doute honorable, cette observation unique suffirait-elle pour entraîner les convictions ? Non : *experientia una, experientia nulla.*

Il faut donc attendre avant de se prononcer sur le mécanisme et l'action physiologique de la méthode sclérogène.

III

Sa *valeur thérapeutique* est-elle mieux établie ? M. Lannelongue l'a essayé dans deux cas de *tuberculose pulmonaire* ; c'est peu. De plus, il le déclare, ces essais sont incomplets. Il serait donc prématuré de formuler les indications ou les contre-indications de la médication sclérogène dans la phtisie et imprudent, de l'employer contre elle à l'heure actuelle.

Vingt fois, il en a fait usage contre la *tuberculose chirurgicale* ; ostéo-arthrites tuberculeuses du genou, du cou de pied ou du coude ; fongosités costales, spina ventosa et adénites tuberculeuses cervicales : vingt fois il y a eu amélioration : (tuberculoses ouvertes) ou guérison (tuberculoses non-suppurées et non ouvertes ou tuberculoses non ouvertes et suppurées).

Ces résultats sont encourageants ; les membres ont retrouvé leurs fonctions et repris leur forme ; l'état général s'est amélioré ; il y a apparence de guérison. Mais est-ce bien guérison qu'il faut dire ? M. Lannelongue se réserve : « car la guérison, dans l'espèce, a-t il dit, c'est la disparition du bacille ; or, cette disparition, je ne puis l'affirmer d'une manière absolue ».

Donc point d'engouements. La médication sclérogène convient plutôt contre les tuberculoses locales. En la mettant à l'essai, on n'oubliera point les déconvenues qui sont toujours fréquentes au lendemain des communications officielles. Même en thérapeutique, il fait bon ne point se montrer plus royaliste que le roi.

IV

Inutile d'insister longuement sur la *technique de la médication sclérogène.*

A l'heure actuelle, elle dispose d'un seul agent médicamenteux : la solution de chlorure de zinc au dixième.

Comme instrument : la seringue d'injection stérilisée, cela va sans le dire.

Pour doses, deux à trois gouttes du liquide sclérosant par injection ; pour lieu d'élection de chaque injection, la zone avoisinant les fongosités, les limites des néoplasmes et les tissus contenant les vaisseaux qui servent à leur nutrition. Comme manuel opératoire : pratiquer six, dix et même vingt injections par séance, soit au moyen de plusieurs piqûres, soit en variant la direction de l'aiguille dans une piqûre unique. Enfin, recommandation sur laquelle M. Lannelongue insiste : éviter toute injection dans la cavité des articulations, immédiatement sous la peau, à travers les cordons nerveux ou, accident plus banal, mais non moins fâcheux, dans les gros troncs vasculaires.

Telle est, à grands traits, la médication sclérogène à ses débuts. Elle paraît utilisable contre les tuberculoses locales ; mais on s'explique difficilement son application au traitement des tuberculoses viscérales ? Imprégnera-t-on impunément le poumon avec le chlorure de zinc et s'exposera-t-on jamais à transformer les méninges en parchemin ?

Par contre, pourra-t-on utiliser cette médication contre d'autres affections locales ? Après l'encapsulement des tissus tuberculeux, pourquoi ne pas encapsuler d'autres néoplasmes ? La médication sclérogène serait alors une méthode thérapeutique générale.

En la produisant publiquement et dans tous ses détails, sans arrière-pensée et sans restriction, sans proposer d'en faire un remède secret ni un monopole d'Etat, M. Lannelongue a été fidèle aux traditions humanitaires de la médecine française.

Quels que soient l'avenir de la médication sclérogène et son succès, c'est une conduite dont on doit lui savoir gré.

Ch. Eloy.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Du curettage appliqué au traitement de la salpingite

par M. le Dr Lucien Picqué
Chirurgien des hôpitaux de Paris

Il y a quelques années à peine, le curettage était formellement contre-indiqué dans le traitement de l'endométrite compliquée de salpingite. Les accidents graves ou mortels, si fréquemment observés à la suite de manœuvres même simples du côté de la cavité utérine et même du col (cautérisation, dilatation) n'avaient pas manqué d'attirer l'attention des chirurgiens, qui, dans l'ignorance des doctrines actuelles sur la pathogénie de l'inflammation, les attribuaient aux lésions concomitantes des annexes.

Les thèses de Despréaux, de Boureau, de Démoulins, de Péraire, faites sous l'inspiration de maîtres éminents en gynécologie, montrent suffisamment l'état des esprits jusqu'en 1889.

Depuis lors, une évolution intéressante s'est produite à la faveur des progrès considérables de la science bactériologique. Le regretté Trélat fut un des premiers qui se mit, sur le terrain pratique, à la tête du mouvement. Beaucoup de chirurgiens le suivirent dans cette voie : moi-même, dès 1887, à l'hôpital Laennec. Je fus amené, par des circonstances indiquées par Saintu dans sa

Digitized by Google

thèse (1890), à pratiquer le curettage dans un cas d'endométrite compliquée de salpingite, et je suivis dès lors constamment cette pratique à l'hôpital Pascal, dans le service de M. Pozzi (Thèse de Mlle Finkelsteim).

On peut résumer ainsi, sous forme aphoristique, cette nouvelle donnée de la pratique.

Tout traumatisme opératoire fait dans un but antiseptique sur un utérus infecté ne saurait comporter aucune gravité. S'il n'atteint pas le but immédiat poursuivi, *il ne doit* entraîner aucune complication du côté des annexes.

On a été plus loin dans cette voie. Alors qu'on redoutait le curettage lors de lésions des annexes, on a voulu l'appliquer au traitement de ces lésions ; c'est dans ce but que Trélat intervenait, mais cet auteur visait surtout les complications qui existent du côté des ligaments larges.

Ces complications existent-elles réellement en dehors des lésions de la trompe.

On a été probablement trop loin en les rejetant d'une façon absolue. La lecture du beau mémoire de mon ami Delbet démontre l'existence de ces phlegmasies du ligament large d'origine lymphangitique.

D'ailleurs, je n'ai pas ici à prendre parti dans ce débat en cours d'instruction et je n'envisagerai ici que les cas précis où la salpingite a pu être diagnostiquée.

Or, à cet égard on ne peut nier l'influence curatrice du curettage ; c'est un fait acquis et dont je n'entreprendrai pas l'explication pathogénique. Les faits observés ont encouragé beaucoup de chirurgiens dans la voie de réaction vive et justifiée ouverte contre les abus que quelques-uns de nos collègues avaient fait de la salpingectomie.

Toute justifiée qu'elle soit, il n'en est pas moins vrai que cette tendance de réaction a été, selon moi, trop accentuée, et c'est à démontrer les formes de salpingite, où le curettage est légitime, que s'est appliqué mon élève et ami le Dr Saintu dans sa thèse inaugurale faite sous mon inspiration. (O. Saintu : Etude critique de l'application du curettage de l'utérus au traitement des salpingites. Paris, 1890).

J'ai dit plus haut que je n'envisagerai que les cas où la salpingite a pu être reconnue ; mais cette salpingite peut s'accompagner dès le début de phénomènes inflammatoires aigus, susceptibles de disparaître avec elle. J'ai communiqué à Mlle Finkelstein une observation de ce genre, reproduite par Saintu dans sa thèse.

Lorsque, au contraire, des lésions inflammatoires prononcées existent dans le ligament large, elles peuvent survivre à la salpingite et évoluer pour leur propre compte.

Dans ces conditions, le curettage ne peut donner que des insuccès ; il n'y a aucune aggravation, mais la lésion péri-salpingée n'est pas modifiée, c'est ce que nous avons, pour notre part, toujours constaté.

Ainsi donc je pense, contrairement aux idées émises par Trélat, que la péri-salpingite contemporaine de la salpingite est seule susceptible de guérir sous l'influence du curettage.

Reste donc à établir les variétés de salpingite susceptibles de guérison par ce mode de traitement.

Tout d'abord, et pour répondre aux détracteurs de ce procédé, je n'hésite pas à proclamer qu'il existe, selon moi, des erreurs déplorables touchant le diagnostic de la salpingite.

Le plus souvent ovarite et salpingite sont confondus ou plutôt dégénérescence kystique et salpingite sont englobées à tort sous la rubrique de salpingite.

J'ai poursuivi sous ce rapport une enquête intéressante à l'hôpital Pascal, et j'ai dans mes notes une série de malades examinées publiquement et chez lesquelles j'ai pu redresser cliniquement des erreurs de diagnostic (diagnostics confirmés plus tard par la laparotomie). Saintu rapporte dans sa thèse une observation fort intéressante sous ce rapport.

Je n'admets pas davantage l'opinion admise par quelques chirurgiens, à savoir que la trompe saine n'est pas accessible au toucher, opinion qui les conduit à reconnaître comme malade toute trompe accessible.

Enfin je n'admets pas davantage comme possible le diagnostic d'une salpingite faite sans le secours du chloroforme, mais j'affirme d'autre part, contrairement à plusieurs, que le diagnostic de salpingite est possible dans l'immense majorité des cas avec le secours de l'anesthésie.

Sans méconnaître la réalité des formes histologiques de la salpingite, je pense avec Saintu qu'on peut les réduire à 3 au point de vue qui nous occupe : la salpingite suppurée, la salpingite parenchymateuse ou interstitielle, la salpingite catarrhale.

Dans la salpingite suppurée, il faut distinguer deux formes : la forme kystique et la salpingite catarrhale, dans laquelle l'exsudat devient rapidement suppuré. Si cette dernière forme est justiciable du curettage, je pense qu'il est illusoire de compter sur ce traitement dans la forme kystique. La méthode que M. Doléris lui a appliquée ne me semble pas rationnelle dans cette variété, et M. Saintu a justement reproduit dans sa thèse les objections tirées de l'examen de nos pièces : intégrité relative de la portion utérine de la trompe, position déclive et cloisonnement de la poche. C'est à la laparotomie ou à l'hystérectomie vaginale qu'il convient d'avoir recours dans ces cas.

La salpingite parenchymateuse ne me paraît pas davantage justiciable du curettage, ici les lésions sont trop anciennes et les résultats de l'intervention intra-utérine ne sont pas très satisfaisants. Mais je tiens cependant à dire que l'opération faite aseptiquement n'aggrave pas la phlegmasie tubaire, c'est à elle qu'il convient de s'adresser tout d'abord et le nettoyage antiseptique de la cavité utérine a été justement recommandé par quelques chirurgiens, avant toute salpingectomie.

C'est, en résumé, dans la salpingite catarrhale, compliquée ou non de périsalpingite que le curettage trouve une heureuse application. Saintu publie dans sa thèse huit observations qui me sont personnelles et dans lesquelles le curettage a fourni un excellent résultat.

Ces faits joints à bien d'autres suffisent à démontrer combien il serait condamnable, à notre époque, de pratiquer dans ces conditions la laparotomie.

Digitized by Google

Je désire ajouter quelques remarques que Saintu n'a pas suffisamment mises en relief dans son travail. Si j'ai pour ma part toujours protesté à l'hôpital contre la laparotomie dans les cas de salpingite catarrhale, il n'en n'est pas moins vrai que le chirurgien est amené à enlever des trompes atteintes de salpingite catharrale quand il existe des lésions concomitantes des ovaires.

J'ai eu souvent l'occasion de faire l'ablation d'ovaires kystiques douloureux, et de trouver en même temps des salpingites catarrhales. Mais ce sont là des circonstances, sinon rares, du moins peu communes et qui ne rentrent qu'indirectement dans le sujet actuel.

Chez une malade dont l'observation est rapportée par Santu et consignée à la page 26 de sa thèse et que j'opérai pour une dégénérescence kystique diagnostiquée, les trompes étaient atteintes de lésions de salpingite interstitielle ancienne, et c'est en général à cette variété qu'on a le plus souvent affaire.

Un autre point me semble important à signaler. Une malade est atteinte de salpingite catarrhale avec douleurs concomitantes, un premier curettage est fait qui n'a pas amené la cessation des accidents. Faut-il pratiquer la laparotomie? Je ne saurais trop revenir sur la nécessité des opérations multiples et succesives, point sur lequel j'ai déjà insisté dans mon article du 19 février 1890.

La rétroflexion, le prolapsus demandent souvent une intervention spéciale : c'est à ces lésions qu'il faut s'adresser.

Le curettage lui-même doit être répété : c'est ainsi que j'ai eu l'occasion, chez la sœur d'un de mes confrères, de pratiquer deux fois le curettage et de me décider seulement après le deuxième échec à pratiquer avec succès la salpingectomie, d'un seul côté seulement, car cette malade était vierge et devait se marier.

Dans un cas plus récent, que j'ai observé à l'hôpital Lariboisière, il s'agissait d'une sage-femme à laquelle, après un curettage et une amputation du col, on avait proposé une double salpingectomie. Cette malade effrayée vient me consulter : les pertes blanches étaient encore abondantes, l'amputation n'avait été faite qu'incomplètement, la lèvre postérieure du col persistait encore. Je ne désespère pas de la guérir par un nouveau curettage et une nouvelle amputation du col. Ainsi donc, dans ces cas, il ne faut pas désespérer après un premier échec, il convient de chercher toutes les indications, de pratiquer des opérations simultanées qu'on pourra répeter au besoin, et de ne recourir à la salpingectomie que comme dernière ressource.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

L'essence de térébenthine dans la pratique rurale

par M. le Dr Liégeois (de Bainville-aux-Saules)

L'essence de térébenthine, telle que la livre le commerce, sans autre apprêt, me rend tous les jours des services dans la clientèle pauvre des campagnes en applications externes et à l'intérieur. Comme c'est un remède à bon marché, les paysans passent volontiers sur sa saveur désagréable et se plaignent à peine de l'ardeur qu'elle laisse dans la gorge.

A l'instar de M. Bodier (de Besançon), nous avons maintes fois arrêté des épistaxis en faisant le tamponnement antérieur de la narine avec des boulettes d'ouate imprégnées d'essence de térébenthine. Il faut croire que l'essence, en se vaporisant sous l'influence de la chaleur des narines, se répand sur tous leurs replis, car beaucoup de personnes ont obtenu l'effet hémostatique désiré, quoique n'ayant pas poussé le tampon assez haut sur le siège de la déchirure vasculaire. L'action caustique locale est modérée, très supportable et non suivie de ce gonflement si douloureux du nez qu'occasionne le tamponnement au perchlorure de fer. L'opération n'exige pas le concours du médecin : chacun peut l'exécuter, ou celui qui en a besoin ou quelqu'un de son entourage.

M. Bodier dit autant de bien des boulettes d'essence de térébenthine apposées sur les gencives qui saignent par le scorbut; elles ont, en outre, l'avantage de ne pas noircir les dents comme celles trempées dans le perchlorure. Huit ou dix fois ce moyen m'a permis de couper court à la perte de sang interminable que l'on voit parfois, sans raison prédisposante appréciable, après l'extraction d'une dent.

Dans une vingtaine de circonstances où des pneumotuberculeux, des cardio-mitraux expectoraient des crachats isolés de sang pur ou des crachats mélangés de stries sanguines, j'ai recommandé les inhalations des vapeurs hémostatiques d'essence de térébenthine par un procédé très simple. Vous souvient-il d'un appareil à soupapes sphériques qui servait autrefois pour la chloroformisation? J'en possède un. Sur un récipient d'étain contenant du coton humecté non de chloroforme mais d'une cuiller d'essence de térébenthine, se visse un cylindre dont l'extrémité inférieure est incomplètement obturée par un bouchon immobile de liège en forme de mappemonde, et dont l'extrémité supérieure est recouverte d'un autre bouchon plus petit, de même forme, mais mobile; entre les deux bouchons naît, au milieu du cylindre, un tube terminé par un embout. Le malade hémoptoïque colle sa bouche contre l'embout, et, tout en se pinçant le nez, fait une profonde inspiration. Les vapeurs d'essence de térébenthine pénètrent immédiatement dans son poumon et il n'a pas à détacher l'embout de ses lèvres pour procéder à l'expiration, il n'a qu'à laisser l'air expiré s'échapper le long du tube par le bouchon supérieur mobile du cylindre qui se soulève pour retomber pendant l'inspiration. Le patient se plaint-il d'avoir la poitrine trop irritée par l'essence, on n'a qu'à dévisser un peu le fond du récipient, et l'air extérieur, pénétrant par des trous ménagés *ad hoc*, se mélange aux vapeurs médicamenteuses.

Cet appareil démodé, auquel j'ai trouvé cette destination, peut être remplacé par celui, moins compliqué et de construction facile, de M. L.-F. Guillemin qui se compose d'un flacon à large ouverture dans lequel on verse 10 à 15 grammes d'essence de térébenthine; à travers le bouchon passent deux tubes ouverts à leurs

Digitized by Google

deux extrémités : l'un vient affleurer l'essence, l'autre coudé se continue par un tube de caoutchouc avec un embout auquel on adapte la bouche. L'aspiration, qui se fait par le tube de caoutchouc, amène au poumon les vapeurs médicamenteuses tempérées par l'air du dehors. Dans les hémorragies broncho-pulmonaires, peu copieuses mais répétées, notre méthode nous a fourni, et rapidement, comme celle de M. Guillemin, des succès auxquels, sans doute, n'a pas peu contribué non plus (puisque la surface muqueuse des poumons est une de ses voies d'élimination) l'administration quotidienne d'une demi-cuiller ou d'une cuiller à café d'essence. Ces inhalations me paraissent surtout indiquées contre les hémoptysies par embolie d'origine cardiaque ou périphérique qui, en dépit de tous les traitements, réapparaissent pendant deux ou trois mois et plus avec une opiniâtre persistance.

Graves arracha à la mort — ce sont ses expressions — des typhoïdiques auxquels il prescrivit intérieurement l'essence de térébenthine pour des hémorragies intestinales. Les annales de la science renferment quelques observations de ce genre et nous-même avons obtenu pareil résultat au quatorzième jour d'une fièvre typhoïde adynamique, chez une misérable femme qui ingéra trois cuillers à café d'essence de térébenthine.

J'estime qu'il faut plutôt invoquer l'action laxative que l'action hémostatique pour expliquer la cessation des pertes sanguines hémorrhoïdales légères par l'ingestion d'une cuiller à café d'essence de térébenthine pendant deux ou trois jours, le matin à jeun. Les abondantes hémorragies des hémorrhoïdes internes fongueuses ne sont, en effet, pas davantage impressionnées que celles des hémorrhoïdes externes par le médicament pris de cette façon. En deux circonstances où il s'agissait d'hémorrhoïdes externes, j'arrêtai l'hémorragie en promenant sur les fongosités un tampon de charpie trempée dans l'essence de térébenthine ; dans une autre, où il s'agissait d'hémorrhoïdes internes avec hémorragies que n'avait pu réprimer l'irrigation avec de l'eau à moitié bouillante, je dirigeai avec succès le tampon sur ces fongosités au moment où, durant des efforts de défécation commandés au malade, je pus les reconnaître. Je recommençai l'opération huit jours après : j'avais eu soin de laisser en permanence dans le rectum une mèche enduite de cérat boriqué.

En s'éliminant à la surface de la muqueuse des voies urinaires, l'essence de térébenthine (1 à 5 grammes par jour) rend, nous a rendu service dans l'hématurie. Nous l'avons cependant vue échouer complètement plusieurs fois, et, tout récemment encore, chez un vigneron de soixante-cinq ans, de bonne santé apparente, qui, indépendamment de toute lithiase rénale ou vésicale, se plaint de douleurs lombaires et a des urines teintées de sang depuis l'époque — tantôt six mois — où il a porté des charges considérables.

L'avenir établira probablement l'efficacité des topiques à l'essence de térébenthine contre les hémorragies qui se déclarent au sein des ulcérations cancéreuses.

L'essence de térébenthine jouit aussi de propriétés anticatarrhales que nous avons mises à profit surtout dans la bronchite chronique et dans les bronchorrhées purulentes : aux doses journalières internes de 2 à 5 grammes, elle transforme en moins de huit jours les crachats pyoïdes en crachats muco-pyoïdes, et ceux-ci, après huit autres jours, en crachats muqueux, puis la sécrétion n'est bientôt plus que séreuse et se tarit. Les inhalations avec l'appareil de M. Guillemin ou avec le nôtre hâtent cet heureux résultat : elles dessèchent quelquefois tellement les produits de sécrétion que ceux-ci, trop concrets, éveillent, principalement la nuit, des quintes de toux paroxystique et qu'on est forcé de formuler pendant quelques jours, comme dans le stade aigu de la maladie, les antimoniaux à titre de fluidifiants. Cet inconvénient nous a paru moindre quand nous avons traité, par ces inhalations, l'hypersécrétion des bronchites fétides ou de la dilatation des bronches.

L'essence de térébenthine nous est précieuse dans la période cavernuleuse et caverneuse de la tuberculose pulmonaire des pauvres ; elle restreint, moins sensiblement ici toutefois que dans les bronchites chroniques à proprement parler, la formation des produits d'expectoration ; mais elle la restreint, et, par économie, nous savons nous en contenter.

Nous avons été à même d'apprécier aussi plusieurs fois la bienfaisante influence de l'essence de térébenthine à petites doses (5 à 10 gouttes matin et soir) contre un catarrhe chronique très rebelle, celui du col de la vessie, dans des cas où cette cavité était exempte de pierre et la prostate indemne de lésions. Nous l'avons vue exagérer momentanément le catarrhe, provoquer de la strangurie ; mais, le plus habituellement, après quelques jours de son emploi, les matières muco-purulentes qu'on observait dans le vase avaient disparu, les urines étaient d'une parfaite limpidité et restaient telles si l'on avait la précaution de persévérer assez longtemps dans ce mode de traitement.

Dans les campagnes, les frictions énergiques, jusqu'à rubéfaction de la peau, avec l'essence de térébenthine, sans l'addition d'aucun correctif, sont en honneur contre les névralgies des membres, contre la névralgie lombo-abdominale et contre les névralgies intercostales. Veut-on vésiquer la peau au lieu de la rubéfier? il n'y a qu'à préserver l'essence de térébenthine de l'air extérieur en recouvrant d'un linge épais, serré par une bande, une compresse de flanelle qu'on a imbibée d'essence. La vésication s'exerce alors en une demi-heure : elle est profitable aussi bien à la bronchite capillaire des enfants, aux inflammations aiguës des séreuses qu'aux douleurs. Elle agit à la manière des vésicatoires extemporanés à l'ammoniaque ou au marteau. Mais l'essence de térébenthine, à la dose de 2 à 15 grammes, par voie gastrique ou en lavement, guérit souvent, sans qu'on sache pourquoi, les névralgies les plus atroces, la sciatique, les névralgies des membres supérieurs et du tronc, celles de la tête, et même la gastro-entéralgie.

Je me demande s'il ne faut pas rattacher aux propriétés laxatives ou purgatives de l'essence de térébenthine la guérison de la gastro-entéralgie, car elle est fréquemment déterminée par la constipation. Et, lorsque

Digitized by Google

les médecins anglais firent tant de bruit autour de la cure de la péritonite puerpérale par l'essence de térébenthine, on put leur répondre qu'ils avaient triomphé avec un violent purgatif (30 gr. par jour) d'une pseudo-péritonite que simulaient les douleurs de ventre, la rénitence et la dureté abdominales, les vomissements engendrés par l'engorgement — qui est loin d'être exceptionnel chez les accouchées — du cœcum et de la portion sigmoïde du colon. C'est parce qu'elle purge, parce qu'elle expulse, en même temps que des liquides, les gaz de l'intestin, que cette essence dissipe la tympanite typhoïdique et autres tympanites. Et si, seule, non associée à l'éther comme dans le fameux remède de Durande, elle aboutit, à la dose de 2 à 4 grammes par jour, à débarrasser, après un usage de deux à trois mois, la vésicule biliaire de ses pierres, c'est encore parce qu'elle purge, les purgatifs huileux faisant sécréter la bile qui chasse les calculs.

Elle expulserait pareillement les calculs du rein en excitant une autre sécrétion, celle de l'urine ; la polyurie des sujets soumis à l'essence de térébenthine est invoquée par ceux qui traitent l'hydropisie avec cette substance.

Qu'un paysan se fasse une piqûre, vite il projette de l'essence de térébenthine sur des charbons ardents et expose à la fumée sa blessure pendant une demi-heure. Il « parfume » sa piqûre pour empêcher la lymphite ou le phlegmon diffus. Or, ces complications nous ont paru surgir aussi souvent que lorsque la piqûre n'avait pas été « parfumée ». Ce qu'on ne saurait contester, c'est — le repos aidant — la cicatrisation relativement rapide des ulcères variqueux atoniques que l'on recouvre de plumasseaux de charpie baignés dans un mélange à parties égales d'essence de térébenthine et d'huile ordinaire; introduite avec la seringue de Pravaz dans des trajets fistuleux (caries des os des membres, du rocher, des maxillaires), dans la fistule à l'anus, l'essence de térébenthine les a fermés en provoquant, par irritation, après destruction de la muqueuse anormale, la formation de bourgeons charnus qui s'accolent les uns aux autres.

L'essence de térébenthine *intùs*, les badigeonnages pharyngiens avec un pinceau chargé de cette essence, les fumigations d'un mélange de goudron de gaz (100 parties) et d'essence de térébenthine (40 parties) ont-ils la vertu de « dissoudre la matière grasse qui réunit les fausses membranes diphtériques », de hâter leur chute et d'empêcher leur reproduction ? D'aucuns l'ont prétendu : ma conviction n'est pas faite.

L'essence de térébenthine, répandue sur l'oreiller d'un petit enfant atteint de coqueluche, atténue-t-elle les quintes de toux ? J'ai cru devoir répondre négativement à cette question qu'on m'a posée plusieurs fois. Les enfants qui ont respiré ces minimes quantités d'essence toussent autant, aussi fort que les autres : l'évolution de leur catarrhe spécifique n'est en rien modifiée.

Je n'ai pu expérimenter l'essence de térébenthine comme tœnifuge ; mais j'ai tué chez les grandes personnes des ascarides avec une cuiller à soupe d'essence prise le matin à jeûn, et des oxyures avec la même dose poussée dans le rectum avec une poire à injection.

Ainsi que je m'en suis assuré trois fois, la pelade du cuir chevelu cède aux frictions d'essence de térébenthine seule pratiquées jusqu'à rubéfaction et non jusqu'à vésication sur les plaques tonsurantes ou sur les plaques artificiellement créées par l'épilation.

L'essence de térébenthine (2 grammes chaque demi-heure) est-elle le contre-poison du phosphore ? Au dire de quelques-uns n'ont guéri que ceux qui ont eu des vomissements.

Enfin, les bains de vapeurs d'essence de térébenthine, qui feraient pénétrer celle-ci à travers l'enveloppe cutanée, améliorent-ils la tuberculose pulmonaire, comme le veut M. Brémond ? Rétablissent-ils la santé des chlorotiques et font-ils disparaître la dysménorrhée et la leucorrhée liées à cette dystrophie en augmentant dans le sang la proportion d'oxyhémoglobine ? Activent-ils les combustions organiques dans les maladies par ralentissement de la nutrition et retardent-ils les paroxysmes de la goutte et ses lésions déformantes en éliminant par les urines l'excès d'acide urique que recèlent le sang et les tissus ? Ma religion n'est pas encore éclairée sur tous ces points.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

I. Formes anormales de l'utérus gravide. — II. Du bassin vicié par obstruction. — III Contribution à l'étude des monstres en obstétrique. — IV. De la protection du périnée pendant le passage du tronc après la sortie de la tête.

I. **Des formes anormales de l'utérus gravide.** — Reprenant en partie le travail de M. Auvard sur l'obliquité latérale de l'utérus gravide, M. Bourrus vient d'étudier les anomalies utérines au point de vue obstétrical.

Avec M. Auvard, l'auteur passe en revue les utérus doubles, les utérus bilobés, bicornes, cordiformes, les utérus aplatis, enfin les utérus arrondis.

Dans un utérus double, une grossesse double peut se développer, chaque œuf occupant une cavité distincte; ou bien, il existe une grossesse simple ; une seule cavité de l'organe augmente de volume ; l'autre ne fait que subir une hypertrophie légère comparable à ce qui se passe du côté de la matrice pendant une grossesse extra-utérine.

Si l'utérus est bicorne, sa cavité est unique mais avec un diverticulum plus ou moins spacieux.

L'utérus aplati est celui dont le fond est presque complètement horizontal ; généralement une corne, et la droite, le plus souvent, est plus développée que l'autre; et c'est ce qui fait croire à une inclinaison de l'organe vers la droite, inclinaison plus apparente que réelle.

Il en est de même pour certains utérus arrondis dont le type peut rester cependant normal ; la matrice est alors exactement sur la ligne médiane, sans obliquité latérale droite ou gauche.

Les vices de conformation du bassin et du rachis, les tumeurs du ventre, les adhérences péritonéales sont de

Digitized by Google

nature non seulement à devier l'utérus de sa situation habituelle, mais encore à modifier sa forme, en le déplaçant, en le comprimant, ou en le tiraillant (1).

La situation du fœtus est souvent modifiée par la forme anormale de l'organe gestateur. S'il existe une présentation du sommet, le siège peut occuper soit exactement le fond de l'utérus et la ligne médiane, soit un hypochondre ; dans le cas d'un utérus bicorne, l'extrémité pelvienne du fœtus se trouve par exemple dans la corne droite, alors que la gauche est occupée par du liquide amniotique ; ou bien le siège est logé dans une corne, et les pieds dans l'autre ; la dépression cordiforme rencontrée au fond de l'organe répond aux creux poplités. Cette position entraîne, d'après M. Auvard, l'inclinaison latérale de l'utérus.

Les présentations vicieuses sont relativement fréquentes, dans les cas qui nous occupent. Ainsi certaines femmes accouchent-elles toujours par le siège par exemple, et cela, parce que l'accommodation se fait mieux dans leur utérus en présentation pelvienne qu'autrement ; Stoltz parle d'une femme dont deux enfants vinrent par la face. L'utérus bicorne prédispose plus que tout autre à ces attitudes vicieuses, et l'on connaît l'influence des éperons saillants dans la cavité de la matrice, et insérés au niveau de son fond, sur la production des présentations transversales.

Au moment du travail, les contractions sont énergiques, mais inégales ; il peut en résulter une certaine déperdition de force, et une lenteur de la dilatation, plus ou moins marquée.

Pendant la délivrance, l'utérus mal formé se contracte vicieusement ; souvent il semble divisé en deux cavités superposées et séparées par un étranglement horizontal : c'est la forme en sablier, en *hour-glass* des auteurs anglais ; d'autres fois, le diverticule qui communique avec la grande cavité utérine est situé au niveau d'une corne ; si les anneaux musculaires qui font le tour de cette région se contractent spasmodiquement sur le placenta, il se fait là *un enchâtonnement* avec toutes ces conséquences et ses difficultés. Enfin l'inertie avec les hémorrhagies graves qui l'accompagnent se manifeste encore au moment de la délivrance.

II. **Du bassin vicié par obstruction.** — La cavité pelvienne est parfois encombrée de tumeurs qui l'obstruent à des degrés divers et qui ont ainsi une influence variable sur l'expulsion du fœtus. Ces tumeurs, dont les unes bénignes et de petit volume, les autres, remarquables par leurs grandes dimensions et souvent malignes ; d'autres enfin sont pédiculées, bénignes comme celles du premier groupe, mais pouvant devenir aussi grosses que celles du second (2).

Les tumeurs petites et bénignes sont les exostoses ; elles siègent au niveau des articulations pelviennes, ou sur le promontoire ; elles ne dépassent pas en général le volume d'une noix ou d'un œuf. Etalées ou limitées, elles ont la forme d'arêtes ou d'hémisphères. Dures et fixes, elles sont rarement uniques. On doit rapprocher de ces tumeurs les épines des rachitiques et les cals difformes consécutifs à des fractures du pelvis.

L'ostéosarcome et l'enchondrome du bassin acquièrent de grandes dimensions ; ils remplissent toute l'excavation, ne laissant qu'un étroit passage entre eux et la paroi pelvienne ; ils empiètent souvent sur les régions voisines, sur la fesse, sur la racine de la cuisse, etc. (Cas de M. Bar). La consistance de ces néoplasmes est inégale ; certains points sont très durs, d'autres dépressibles ; souvent une mince paroi, comme parcheminée, limite la tumeur d'un côté, et son centre est creux, rempli de liquide.

Les fibromes sont de nature bénigne et souvent pédiculés, de sorte qu'il est possible de les enlever chirurgicalement ; ils s'attachent soit sur la symphyse sacro-iliaque, soit sur les ligaments sacro-sciatiques ou les membranes obturatrices ; ils sont ronds ou ovoïdes et absolument durs de consistance. Leur pédicule leur laisse une mobilité des plus intéressantes pour l'acte de la parturition.

Le diagnostic sera établi par les moyens d'investigation habituels ; on ne confondra pas ces diverses tumeurs, avec la tête du fœtus, avec la retroflexion de l'utérus gravide, avec les myomes utérins enclavés, les kystes hydatiques du petit bassin, les abcès de la cloison recto-vaginale, le cancer du rectum, les tumeurs stercorales, les calculs de la vessie.

L'exostose n'est pas influencée par la grossesse ; il en est tout autrement de l'ostéo-sarcome qui se développe avec une rapidité extrême pendant son cours ; l'accouchement le meurtrit, le contusionne, et les suites des couches favorisent son ramollissement et sa suppuration.

La conduite à tenir est souvent difficile ; elle varie selon le volume et la nature de la tumeur et selon l'époque de la grossesse où on est consulté. Si parfois l'accouchement est possible spontanément ou avec l'aide d'une intervention simple comme une application de forceps, dans d'autres circonstances il faut proposer l'accouchement prématuré, et dans les cas extrêmes, on est obligé d'en venir soit à l'avortement provoqué, soit à l'opération césarienne.

III. — **Contribution à l'étude des monstres en obstétrique.** — Dans un travail fort intéressant, le Dr Pauthier (de Senlis) étudie deux fœtus monstrueux, qu'il a pu observer dans sa clientèle. L'un était hydrocéphale avec gueule de loup, mains botes, pieds bots et doigts complètement palmés. L'autre est un monstre double, remarquable par la multiplicité et la singularité de ses malformations (1). Un seul corps surmonté d'une extrémité céphalique à deux visages, telle est la description rapide que l'on peut en donner. Les deux têtes sont fusionnées dans des proportions très accusées ; mais il existe néanmoins deux nez et deux bouches ; la voûte du crâne manque, et le cerveau est remplacé par une masse charnue et rougeâtre. Bref, il s'agit là vraisem

(1) *Thèse de Bordeaux*, 1891.
(2) Vaille. *Thèse de Paris*, 1891.

(1) Dr Pauthier. (*Bulletin de la Société de Méd. prat.* 1 :, 15 janvier 1891.)

Digitized by Google

blablement d'un monstre monosomien apodyme avec anencéphalie.

IV. **De la protection du périnée pendant le passage du tronc après la sortie de la tête.** — Tout n'est pas fini pour le périnée lorsque la tête du fœtus est complètement sortie des voies génitales. Trop souvent les épaules deviennent les agents de déchirures plus ou moins profondes, et d'autant moins inattendues qu'on les avait évitées pendant le passage de la tête. Cette offense produite par le tronc fœtal s'explique lorsqu'on vient à comparer certaines de ses dimensions avec celles de la tête. Tandis, en effet, que la circonférence sous occipito-frontale (la seule utile à connaître dans l'espèce) mesure 33 centimètres en moyenne), celle qui passe sur le tronc par les deux coudes supposés en place est de 35 cent. 6 environ. Il s'agirait de diminuer, si possible, cette circonférence bicubitale pour que le tronc devienne inférieur ou égal en volume à la tête qui a passé avant lui par l'anneau vulvaire. Voici à ce propos les conclusions du travail du Dr Couder (1).

« Il est possible de réduire la circonférence maxima du tronc à un chiffre égal à la circonférence sous-occipito-frontale en dégageant complètement un bras avant le reste du tronc.

» La conduite que je propose pendant le sixième temps varie suivant les circonstances :

» 1° Si une main se présente au niveau du cou, que ce soit l'antérieure ou la postérieure, extraire tout le membre supérieur correspondant en tirant sur cette main.

» 2° Si l'enfant ne tend pas la main, c'est le bras antérieur qu'il vaut mieux dégager ; pour cela, avoir recours à la manœuvre suivante :

» A. — Abaisser fortement la tête pour dégager le bras antérieur jusqu'auprès du coude.

» B. — Dégager le coude, l'avant-bras et la main en poussant le coude vers le plan postérieur du fœtus.

» C. — Relever le tronc pour défléchir l'avant-bras postérieur.

» Cette manœuvre est presque toujours indiquée chez les primipares : elle est certainement facile et sans danger. »

On évitera qu'elle ne devienne la cause de fractures de l'humérus ou de la clavicule, de contusions diverses, de paralysie du plexus brachéal, etc., à la condition :

» De ne pas se presser ;

» De n'agir directement que sur des parties fœtales déjà sorties et par conséquent,

» De ne pas introduire les doigts dans les voies génitales pour aller chercher les bras ;

» De ne pas tirer avec le doigt en crochet dans l'aisselle ;

» De faire glisser le bras sur le tronc en le maintenant en contact avec lui jusqu'à ce que le coude soit dégagé. »

Dr Demelin.

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

(1) Couder. (*Thèse de Paris*, 1891).

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

CHIRURGIE

A quel âge doit-on opérer le bec de lièvre? par M. E. Forgue. — L'intervention doit-elle être précoce, c'est-à-dire *immédiate*, après la naissance ou dans les semaines qui la suivent, — *retardée*, c'est-à-dire pratiquée dans une période qui s'étend de la dentition jusqu'à la 4e année; — ou tout à fait *tardive*, reculée jusqu'à l'adolescence. La question longtemps débattue n'est pas encore complètement résolue, depuis le siècle dernier où s'est établie la controverse. (*Gaz. des Soc. méd. de Montpellier*, 27 juin 1891).

Le bec de lièvre est en général l'indice d'une constitution défectueuse. Le premier trimestre après la naissance représente un âge critique, à mortalité maxima, que l'on respectera. Il est inutile d'ajouter une chance mauvaise aux risques mortels de l'enfant déjà menacé. Passé ce délai, il s'est déjà établi une sélection naturelle, dans laquelle ont disparu les becs de lièvre incompatibles avec l'existence.

S'agit-il d'un bec de lièvre simple, à étroite échancrure chez un enfant bien constitué? On peut l'opérer sans retard.

S'agit-il d'un bec de lièvre double et compliqué, avec pièce intermaxillaire saillante? On doit reculer l'opération jusqu'à la fin de la première année, mais non plus tard. L'opération précoce de la fente des lèvres est en effet le seul moyen de s'opposer à l'écartement médio-palatin.

Il existe d'autres contre-indications à l'opération. On n'opérera pas l'enfant atteint de coryza, d'entérite ; non plus que ceux qui se trouvent en plein foyer d'épidémie, de diphtérie, de rougeole, de scarlatine, ou en temps de diarrhée infantile. On attendra également la fin du sevrage. P. C.

De la fièvre dans les fractures simples, par MM. Gangolphe et Josserand. — Les auteurs ont observé de la fièvre chez un certain nombre de malades atteints de fractures compliquées de plaies insignifiantes, traitées antiseptiquement dès le début, et où l'infection paraissait improbable. Cette même fièvre, déjà signalée par un grand nombre d'auteurs, et cependant peu connue, existe dans beaucoup de fractures simples. (*Revue de chirurgie*, 10 juin 1891).

La fièvre consécutive aux fractures sous-cutanées, appelée, par Famechon, fièvre traumatique simple légère, se distingue de la fièvre des blessés. L'élévation de la température apparait de suite après l'accident, sa durée est très variable. C'est une fièvre faible, sans frisson, et qui ne retentit pas sur l'état général.

Quelle est la cause de cette fièvre? Après avoir passé en revue toutes les théories, les auteurs se rangent à celles de Volkmann, de Bruns et de leurs élèves. Ils l'attribuent à la résorption des produits de désassimilation des éléments anatomiques frappés de mort par le traumatisme. La fièvre est en rapport avec la quantité des éléments mortifiés : globules sanguins ou cellules. Ils pensent aussi avec M. Charrin que « les cellules de l'organisme paraissent aussi bien que les microbes capables de donner naissance à des corps thermogènes. »

P. C.

LARYNGOLOGIE

Traitement local de la tuberculose laryngée, par M. Goris. — L'objectif de l'auteur est de faire pénétrer par insufflation, dans le larynx, des poudres astringentes pour coaguler l'albumine et des agents antiseptiques. (*Journal de méd. de Bruxelles*, avril 1891.)

Il recommande d'abord une formule de Schnitzler (de Vienne) :

Acétate de morphine	0.20	centigr.
Acétate de plomb	2	grammes
Sucre de lait	20	»

Digitized by Google

Puis la suivante :

Iodoforme ou iodol	1	gramme
Sucre de lait	10	»

Ou bien :

Iodoforme ou iodiol	1	gramme
Chlorhydrate de cocaine	0.20	centigr.
Sucre	10	grammes

Ou bien encore :

Acide tannique	0.50	centigr.
Sucre	10	grammes

En même temps il fait des inhalations avec le benzoate de soude en solution à 3 0/0 et des vaporisations avec de l'eau chaude, mélangée d'une demi-cuillerée à café de la solution suivante :

Teinture d'eucalyptus	25	grammes
Baume du Pérou	5	»

Si les sécrétions du larynx sont abondantes, il ajoute un gramme de terpinol. N. R.

MÉDECINE

Erysipèle primitif de la langue, par M. J. Garel. — Cette affection débuta par la langue, envahit l'arrière-gorge, les fosses nasales et enfin la face. (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, mai 1891.)

Le malade était entré dans le service de M. Garel pour un érysipèle qui avait débuté huit jours auparavant par une tuméfaction considérable de la moitié antérieure gauche de la langue. On retrouva à cet endroit la cicatrice d'une ulcération causée probablement par une dent cariée. L'enflure avait été énorme et l'état général inquiétant. La déglutition était douloureuse, presque impossible, le malade ne pouvait fermer la bouche et bavait toute sa salive. Trois jours après, l'inflammation de la langue avait disparu; il restait de la douleur au fond de la gorge et le nez s'obstrua. Trois jours plus tard, le nez était douloureux, et en moins de deux jours, l'érysipèle gagnait les deux joues, le nez et la paupière. Il y eut 40° de température, et quelques épistaxis. Enfin, l'érysipèle gagna même les oreilles et le cuir chevelu.

Il avait donc bien nettement débuté par la langue, qui, contrairement à ce qui a été observé ordinairement, était considérablement tuméfiée. P. C.

Le phlegmon infectieux aigu du pharynx, par M. Samter. — A propos d'une observation de phlegmon infectieux du pharynx terminée par la mort avec pyohémie et accompagnée des symptômes érysipélateux, l'auteur essaye, au moyen de documents bibliographiques, d'établir deux formes cliniques de cette affection. (*Berl. Klin Woch* 4 mai 1891).

Dans l'une, l'infection primitive du pharynx gagne les ligaments par l'orifice postérieur des fosses nasales et le nez ; mais respecte le pharynx. Dans l'autre, pas de propagation vers les téguments, mais propagation au larynx. Ici la mort a lieu par œdème glottique, ou bien par empoisonnement, là elle a plutôt lieu par l'action des toxines paralysant le pneumo gastrique; au point de vue anatomique, on trouve une infiltration purulente du tissu cellulaire péripharyngien et cette infiltration diffère de celle des abcès retro-pharyngiens classiques. Au demeurant, malgré leur rapport anatomique commun, ce sont là des infections cliniquement identiques.

N. R.

Du traitement de la grippe par le sulfate de quinine, par M. Gellie. — Nous avons déjà eu l'heureuse fortune de signaler le mémoire important où notre distingué confrère bordelais plaidait la cause du sulfate de quinine dans la grippe. Il s'appuyait sur des faits nombreux, bien observés et dont l'ensemble était de nature à forcer les convictions les plus rebelles (*Journal de méd. de Bordeaux*, 9 avril 1891).

La deuxième partie du mémoire de M. Gellie est peut-être plus décisive encore que la première. Elle donne les résultats d'une vaste enquête (plus de 2000 cas) dans lesquels l'intervention de ce médicament a été nettement efficace.

Cette enquête établit de plus l'influence heureuse de la quinine sur les rechutes et les manifestations grippales tardives. Entreprise dans des conditions d'exactitude scrupuleuse, elle a le mérite d'être absolument nouvelle Ce travail de notre distingué confrère bordelais est donc réellement original. C'est une qualité peu commune et que dans la distribution de ses récompenses, l'Académie devrait s'efforcer d'encourager.

Ch. E.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

MÉDECINE

De la conduite à tenir dans le traitement de l'angine couenneuse (1)

II. Irrigations, gargarismes, pulvérisations et vaporisations parasiticides. — En 1887, dans un mémoire inspiré par un sage esprit clinique, M. Guelpas insistait sur l'importance des irrigations bucco-pharyngiennes. « Ce qui constitue vraiment la base du traitement, « écrivait-il, c'est le lavage et l'irrigation répétés le « plus fréquemment possible. »

Ces moyens, écrivait-il aussi, ont procuré les meilleurs résultats quelles que soient les solutions médicamenteuses employées. De plus, aveu de sincère franchise de la part d'un observateur dévoué à la cause thérapeutique du perchlorure de fer, il ajoutait : « L'action « thérapeutique du médicament qui entre dans la solu- « tion doit être bien secondaire (2) ».

Secondaire? Soit. Indifférente? Non. Cet avis me semble celui des nombreux thérapeutistes qui se livrent à la recherche de liquides destinés tout à la fois à détacher la fausse membrane et à stériliser la muqueuse.

En principe, voilà donc la double indication dont on tiendra compte dans *le choix du topique employé en irrigations bucco-pharyngiennes.*

Ce n'est pas tout, on évitera aussi l'inconvénient de l'ingestion stomacale ou le danger d'une absorption trop abondante de topiques susceptibles de provoquer des phénomènes d'empoisonnement ou des troubles gastro-intestinaux.

Ce motif a suffi, jusqu'à présent, pour ne pas encourager l'usage des irrigations phéniquées ou mercurielles.

Pour la raison opposée, on préfèrera l'eau boriquée, l'eau salolée et, très exceptionnellement, comme je le dirai plus loin, la solution faible de perchlorure de fer.

L'eau boriquée n'est guère toxique. Son pouvoir parasiticide est modeste. Il augmente cependant avec la température. C'est donc un topique convenable chez les jeunes enfants, à la condition toutefois de le prescrire en *solution saturée et chaude.*

Ces irrigations boriquées suffisent *dans les formes légères, au déclin de la diphtérie pharyngée, ou bien en alternance avec les irrigations salolées.*

Je les formule ainsi :

(1) Suite. Voir : N° 26, p. 405, et N° 27, p. 417.
(2) *Bulletin de thérap.* 1885.

Digitized by Google

Acide borique.....	40	grammes
Eau bouillie	1000	—
Teinture d'eucalyptus	5	—

Pour une injection. Ce liquide doit être employé à une température aussi élevée que possible.

L'eau salolée vaut mieux. Pourquoi ?

Le salol, a-t-on dit, ne se dissout guère dans l'eau ? Soit. D'ordinaire quand il s'agit d'un parasiticide et d'un antiseptique, c'est là un inconvénient. Ici, par un ingénieux artifice de posologie, cet inconvénient peut devenir presque un avantage.

On obtiendra cette eau salolée par un mélange d'alcool salolé avec l'eau chaude. C'est un liquide blanchâtre dont l'opalescence a pour origine la mise en suspension de l'agent parasiticide sous la forme pulvérulente.

Préparé au moment de l'employer, et avant la précipitation de cette poussière de salol, le liquide abandonne sur la muqueuse, un léger dépôt du médicament. N'est-ce point là, je le répète, après l'avoir écrit plus haut, une condition favorable pour assurer la durée de l'action nécrophytique et réaliser une meilleure désinfection des surfaces ?

Et puis, autre avantage : celui-là secondaire, mais non pas absolument négligeable : la pénétration accidentelle dans les voies digestives, d'une petite quantité de salol, n'est-elle pas un moyen accessoire de l'antisepsie des voies digestives et peut être du milieu intérieur ?

On ordonnera donc ainsi la préparation de l'eau salolée :

Salol.....	10	grammes.
Alcool à 90°.....	400	—

Deux à quatre cuillerées à soupe pour un litre d'eau très chaude. Préparer ce mélange au moment seulement de son emploi.

Je n'hésite point à énoncer fermement cette opinion. *Les irrigations salolées sont indiquées dans toutes les formes de diphtérie buccale et pharyngée.*

En attendant l'utilisation pratique d'un agent parasiticide plus actif et doué de vertus supérieures aux siennes, l'eau salolée est le liquide de choix pour les irrigations ; c'est elle seule que l'on prescrira dans le traitement parasiticide de toute l'angine couenneuse confirmée.

Vers le déclin de la maladie et surtout quand la muqueuse est dénudée de son épithelium, il devient utile d'alterner de temps en temps l'emploi des irrigations antiseptiques avec celles des irrigations astringentes. Dans cette phase de la maladie les solutions étendues de perchlorure de fer rendent donc des services.

On remplacera, alors, quotidiennement une ou deux irrigations parasiticides par des irrigations avec une solution astringente, recommandée par M. Guelpa :

Perchlorure de fer.....	5 à 10	grammes.
Eau bouillie	1.000	—

J'arrive à la technique des irrigations. Ses règles se résument ainsi :

1° Pendant le jour on les renouvellera *toutes les deux heures, dans les cas moyens, toutes les heures dans les formes graves, et durant la nuit on les espacera de trois en trois heures ou de deux en deux heures.*

Quelques observateurs, M. Guelpa entre autres, ont conseillé de les multiplier tous les quarts d'heure durant le jour, toutes les demi-heures pendant la nuit. C'est un abus. En bonne raison, il faut bien, en réglant l'ordre du jour de ces opérations successives, laisser au malade le temps de prendre ses repas et celui du sommeil. Ces nécessités banales règlent seules la marche à suivre et limitent le nombre des irrigations.

2° Comme *instrumentation*, on adoptera l'irrigateur muni d'une canule en caoutchouc durci ou en gomme molle et suffisamment longue. Cet instrument est préférable à la cuvette élevée et au tube.

Le jet que l'irrigateur projette dans la cavité buccale est suffisamment vigoureux pour frapper la paroi pharyngienne et provoquer, comme par surprise, les reflexes ainsi que le rejet immédiat du liquide hors de la bouche.

Ce jet est-il trop faible, surtout chez l'enfant ? Il se produit des efforts de déglutition, de l'agitation, et des menaces de suffocation..., incidents vulgaires entre tous, mais ayant pour fâcheux résultat moral de rebuter le malade, d'éveiller ou d'entretenir la pusillanimité de l'entourage, et finalement d'éloigner la famille d'une collaboration active et toujours nécessaire dans ce traitement.

Chaque irrigation sera donc pratiquée avec *énergie, décision et rapidité*. La manœuvre doit, en quelque sorte, je le répète, être une surprise. S'il s'agit d'un enfant, on évite ainsi les cris et une résistance prolongée.

Les détails paraissent banals : il serait à désirer qu'ils fussent classiques.

Roulé dans un châle ou une couverture et les bras rapprochés du tronc, le malade, — c'est un enfant, — est assis et immobilisé sur les genoux d'un aide qui, les mains sur le front, tient le vertex appuyé contre sa poitrine. Un second aide place une cuvette sous le menton.

D'une main, l'opérateur ouvre la bouche et, en cas de résistance, écarte les mâchoires et abaisse la langue, tandis que, de l'autre main, il dirige et promène sur les différents points de la cavité bucco-pharyngienne, le jet de liquide dont le choc brusque et intermittent est réglé par l'ouverture et par la fermeture alternatives du robinet de l'irrigateur.

Ainsi pratiquée, cette manœuvre nécessite un troisième aide. On peut cependant se dispenser de son assistance en écartant les mâchoires de l'enfant avec un coin de bois. Ce moyen rend à l'opérateur la liberté de ses deux mains. Avec l'une il conduit la canule, avec l'autre il ouvre ou ferme le robinet et rend ainsi synergiques, l'un et l'autre, les deux temps de l'opération.

3° *Chaque irrigation sera abondante.* On emploiera chaque fois, suivant l'âge du malade, un demi-litre à un litre de la solution parasiticide. Cette quantité est une limite minima au-dessous de laquelle on ne descendra jamais.

J'arrive aux *gargarismes* et aux *pulvérisations* : celles-ci, plus généralement encore que ceux-là, doivent être employés dans l'intervalle des irrigations.

Quelle valeur thérapeutique faut-il leur attribuer ?

Digitized by Google

On réservera, cela va sans dire, les gargarismes aux adultes plutôt qu'aux enfants. On évitera de plus, surtout à ces derniers, l'emploi de substances toxiques pour l'organisme entier comme le sublimé ou irritantes pour l'estomac, comme le chloral. Petites causes, grands effets; comme cela, le proverbe le dit : l'oubliera-t-on dans la thérapeutique d'une maladie où la résistance de cet organisme et l'intégrité des fonctions digestives assurent en partie le succès ?

Ces gargarismes ne sauraient jamais remplacer les irrigations. Toute capitulation sur ce point serait une faute. On résistera donc aux préjugés et aux sollicitations des familles, et si on autorise ces topiques, ce sera seulement à titre de médication accessoire.

Chez les enfants, on conseillera les *gargarismes avec l'eau boriquée* tiède à trois pour cent, ou mieux selon la formule suivante :

Acide borique.....	10	grammes
Teinture d'eucalyptus.	2	—
Eau.....	300	—
Sirop citrique.....	50	—

En raison de son acidité, l'acide borique serait, paraît-il, — on l'a écrit, — « un neutralisant du poison diphtéritique. » — Il fait plutôt, je pense, vertu plus modeste, moins gratuite et moins incertaine, obstacle à la pullulation bacillaire.

Aux adultes, j'ordonne l'émulsion de coaltar saponiné, les solutions de thymol ou mieux, en raison de leur haute puissance germicide, et si toutefois je ne redoute pas leur toxicité, les sels de mercure : sublimé en solution au dix-millième, ou liqueur de van Swieten diluée :

Liqueur de van Swieten..	30	grammes
Eau.....	300	—
Miel rosat	40	—

Ou mieux encore, pour éviter la saveur désagréable et tenace du sublimé, on essayera la solution de cyanure de mercure au huit ou au dix-millième (Lœffler) (1).

Malgré cette discrétion obligatoire dans l'usage des gargarismes mercuriels, on les emploiera utilement au déclin de la maladie et quand les fausses membranes étendues et amincies forment sur la muqueuse une sorte de voile blanchâtre.

Combinés avec les attouchements au phénol sulforicné et avec les irrigations salolées, j'ai vu, à cette période et dans la forme prolongée de diphtérie pharyngée, le gargarisme avec la liqueur de van Swieten balayer, pour ainsi dire, les fausses membranes, et, en quelques heures, achever l'œuvre commencée par les autres agents parasiticides.

Le gargarisme mercuriel n'est donc pas un topique banal; on s'en servira seulement à l'heure convenable et pour frapper un coup décisif.

Moins de réserve dans l'usage des pulvérisations.

Les *pulvérisations* sont, en effet, indiquées à toutes les périodes de la maladie et chez les malades de tout âge.

Chez les enfants et les adultes, on les alternera avec les irrigations, et chez les très jeunes enfants, quand ces dernières sont impossibles, elles y suppléeront en quelque sorte.

Quand les pratiquera-t-on ? Toujours dans l'intervalle des irrigations, et au moins à cinq ou six reprises dans la journée. Chaque séance durera dix à douze minutes.

La technique en est simple : pour instrument, un pulvérisateur à vapeur, dont le jet aboutira devant la bouche du malade ; pour topique la poussière aqueuse et chaude d'un liquide antiseptique, solution d'eucalyptus, eau boriquée ou eau phéniquée. Le choix du médicament est motivé surtout par l'âge du malade.

Chez les jeunes enfants, je prescris, à l'exemple de M. J. Simon, les pulvérisations à l'eucalyptus :

Teinture d'eucalyptus....	une cuillerée à soupe
Eau.....	une verrée

Pour une de vaporisation.
A répéter cinq ou six fois dans les douze heures.

L'enfant est-il plus avancé en âge ? Je conseille l'eau boriquée à trois pour cent.

S'agit-il d'un adulte, ou bien redoute-t-on moins le danger d'une intoxication ? A l'instar de M. Demons (de Bordeaux), mais en l'atténuant, on s'adresse au spray produit par l'eau phéniquée à un, deux ou trois pour cent et renouvellé de temps en temps par séance de quinze minutes de durée.

Les pulvérisations auront pour adjuvants les *vaporisations* antiseptiques.

Dans un livre que l'on consulte toujours volontiers, même sans en adopter toutes les conclusions, notre distingué confrère de Saumur, M. Renou (1), a cliniquement justifié leur efficacité.

Déjà l'expérience de nos devanciers avait proclamé l'utilité d'imprégner l'atmosphère de la chambre du malade de vapeur d'eau. « Il est nécessaire, comme l'anglais Rose Cormach l'avait écrit, de l'humidifier ».

Aujourd'hui, l'indication est double : on fait inhaler au malade une atmosphère chargée à la fois des vapeurs de l'eau et de celles d'un agent parasiticide. D'une part, on diminue ainsi la sècheresse de la muqueuse qui, on le sait, est un obstacle au détachement des fausses membranes. D'autre part, en rendant l'atmosphère antiseptique, on établit, selon l'heureuse expression de M. le Dr Veillard, une sorte de barrière à la contagion entre le diphtéritique et ceux qui l'approchent (1).

Comment réaliser ce double bénéfice thérapeutique ?

Dans le cas le plus simple, on disposera dans la chambre du malade et sur des foyers de chaleur, lampes à alcool ou à pétrole, des vases métalliques (plats de fer battu (Jules Simon), où jour et nuit on entretiendra l'évaporation du liquide suivant :

Feuilles sèches d'eucalyptus....	50	grammes
Goudron.....	100	—
Eau bouillante.....	1000	—

C'est le *procédé du plat* à l'aide duquel on peut vaporiser encore d'autres liquides parasiticides.

La diphtérie pharyngée est-elle de forme plus grave?

(1) Lœffler, (*Berliner Klin Woch*, 5 mars 1891).

(1) Veillard (*Formulaire des mal. des enfants* 1887, p. 128).

Digitized by Google

On aura recours à cette association d'antiseptiques qui constitue le liquide de M. Renou.

Acide phénique.....	190	grammes.
Acide salicylique.....	28	—
Acide benzoïque.....	56	—
Alcool.....	234	—

Verser toutes les trois heures une cuillérée à bouche de cette solution dans deux litres d'eau contenue dans un vase métallique, et tenue en ébullition par un fourneau à pétrole.

On aura soin de placer l'appareil évaporatoire auprès de la tête du diphtéritique et, au besoin, de concentrer les vapeurs antiseptiques autour d'elle au moyen de rideaux de laine.

Utile quand la chambre est vaste, cette disposition rappelle le *procédé de la tente de flanelle*, dont quelques médecins anglais enveloppent le lit du malade et sous laquelle ils font arriver un jet de vapeur tiède.

Inutile d'ajouter que dans ces procédés on doit se tenir en garde contre les inconvénients d'une intoxication phéniquée. La coloration noire des urines et l'hypothermie la dénoncent. Ses symptomes se manifestent-ils? C'est le moment de suspendre les vaporisations phéniquées et de les remplacer temporairement ou non, par celles d'autres agents parasiticides; décoction d'eucalyptus, thymol, etc., etc.

En résumé et, en manière d'ordonnance, voici comment se formule, à l'heure actuelle, le traitement externe et parasiticide de l'angine diphtéritique :

1re ORDONNANCE. (*Diphtérie légère, fausses membranes disséminées, à repullulation lente, peu ou pas d'infection*).

1° *Assèchement* de la muqueuse et des fausses membranes avec l'ouate hydrophile, montée sur une pince à forcipressure.

Immédiatement après, *attouchements* avec le glycérolé salicylique, et si les fausses membranes résistent avec le phénol sulforiciné à 10 ou 20 pour cent.

2° Avant chaque attouchement, *irrigations* abondantes et chaudes avec l'eau boriquée ou salolée.

3° *Répétitions de ces pansements*, toutes les trois heures au moins durant le jour et toutes les quatre heures pendant la nuit.

4° Dans l'intervalle, *pulvérisations* avec la teinture d'eucalyptus ou l'eau boriquée.

5° *Vaporisations permanentes* dans la chambre du malade avec la décoction d'eucalyptus chargée de goudron.

6° Chez l'enfant, si possible, gargarismes boriqués; chez l'adulte avec la liqueur de van Swieten diluée.

2° ORDONNANCE. (*Diphtérie grave, fausses membranes cohérentes, épaisses, adhérentes, ou la repullulation rapide, menaces ou signes d'infection.*

1° Pansements (*attouchements* avec le phénol sulforiciné à 30 ou 40 pour cent et irrigations chaudes fortement salolées) — au moins toutes les deux heures durant le jour et toutes les trois heures pendant la nuit.

2° Dans l'intervalle, séance de *pulvérisations* de dix à quinze minutes avec l'eau phéniquée chaude à 2 ou 3 pour cent.

3° *Vaporisations phéniquées permanentes* avec le liquide de Renou et, au besoin, par le procédé de la tente. Au cas d'intoxication phéniquée, employer temporairement le thymol.

4° *Gargarismes* répétés quatre fois dans les vingt-quatre heures avec l'eau boriquée (enfants), ou mieux la liqueur de van Swieten diluée (adultes).

5° Au déclin de la maladie ou au cas d'adhérence excessive des fausses membranes : attouchements bi-quotidiens de celles-ci avec le perchlorure de fer glycériné à 50 pour cent.

S'il y a dénudation épithéliale, remplacer deux fois par jour les irrigations salolées, par celles avec le perchlorure de fer dilué au 5 ou au 10 millième.

Enfin, prescription générale, l'*efficacité du traitement externe dépend, quelle que soit la forme de la maladie, tant de la répétition des pansements et de la persévérance du thérapeutiste, que de la violence de l'agent nécrophytique employé.*

On n'oubliera jamais cette vérité clinique et fondamentale que l'on doit stériliser le foyer local parasitaire, mais qu'il ne faut jamais, par des tentatives maladroites, ouvrir la porte à l'infection. *Primum non nocere*, nos anciens s'en faisaient gloire; imitons-les, mais que cette prudence thérapeutique salutaire n'aille jamais jusqu'à la pusillanimité.

Ainsi pratiqué, le traitement externe et parasiticide de l'angine couenneuse n'est point systématique. Les procédés dont il dérive sont d'emprunt; il est ecclectique. Voilà, paraît-il, une objection ! Ne faut-il pas, comme cela, objecter quelque chose?

C'est, ajoute-t-on, un traitement compliqué. Ceux qui le disent semblent éprouver un scrupule à mettre en œuvre des moyens thérapeutiques aussi multipliés. Il faut les laisser à leurs scrupules ! Dans un cas de diphtérie pharyngée, même en apparence bénigne, l'expérience le prouve, l'effort thérapeutique n'est jamais trop grand.

On a appris dans le laboratoire qu'associer les agents antiseptiques, entre eux, c'est augmenter leur puissance sans accroître leur toxicité. Les faits cliniques démontrent que, en combinant, en variant et en multipliant les pansements parasiticides, *attouchements, irrigations, pulvérisations et vaporisations*, on rend leur action nécrophytique plus énergique et plus facile.

C'est un résultat, ce semble; mais, j'en conviens, cet effort ne suffit pas encore. Il faut faire plus.

En même temps que le traitement externe et parasiticide, il convient — cela va de soi — d'instituer d'une part le traitement interne et antiseptique, d'autre part le traitement prophylactique.

Quelles en sont les ressources et les règles? Elles feront le sujet d'un prochain article.

A suivre. Ch. ELOY.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

MÉDECINE

I. **Traitement antiseptique de la diarrhée chronique.** — Il consiste dans l'emploi de lavements désinfectants à l'acide salicylique et dans l'administration du salol associé à la rhubarbe.

1° *Lavement antiseptique salycilé.* — Il doit être abondant et administré avec une longue canule. On formulera ainsi ce lavage intestinal :

Acide salicylique.....	1	gramme
Eau distillée.....	500	—
Alcool.....	q. s.	

Pour un lavement; repéter plusieurs fois dans la journée.

2° *Potion antiseptique et cathartique au salol.* — M. Eichler la prescrit ainsi :

Digitized by Google

Salol	4	grammes
Huile de ricin	20	—
Sirop de rhubarbe	40	—
Eau distillée de cannelle	150	—
Gomme arabique	q. s.	

Une cuillerée à soupe toutes les heures jusqu'à effet purgatif.

3° *Pour aliment :* lait, œufs, etc.

II. **Traitement prophylactique de la goutte rénale.** — On connaît le danger de l'insuffisance rénale chez les goutteux. Il y a donc urgence de le prévenir. Pour cela, on doit maintenir l'intégrité du rein :

Moyens hygiéniques : 1° Eviter les refroidissements dont le retentissement sur le rein est si redoutable ;

2° Prescrire un régime alimentaire mixte ; peu de viandes noires pour éviter la production excessive d'acide urique, lait, légumes.

3° Ordonner un exercice modéré d'exagération pouvant conduire, autre danger, un cœur forcé et au surmenage.

Moyens médicamenteux ; 1° Les alcalins sont utiles surtout si la goutte rénale paraît menaçante. M. Potain, prescrit volontiers le mélange suivant :

Carbonate de lithine	0,20	centigrammes
Acide benzoïque	0,05	—

F. s. a. pour une dose quotidienne que l'on fera ingérer pendant deux septenaires.

2° Pendant les huit jours suivants, on administrera chaque jours deux cuillerées à café de la solution suivante :

Iodure de potassium	3	grammes
Eau distillée	100	—

F. s. a. une solution.

3° Alterner l'usage des alcalins et des iodiques pendant longtemps.

REVUE DES LIVRES

La Topographie crânio-cérébrale (*Applications chirurgicales*), par M. le Dr Léon Le Fort (Alcan, 1890)

Le livre que nous présentons à nos lecteurs a été fait à l'Institut anatomique de la Faculté de médecine de Lille, sous l'inspiration du Dr Debierre.

C'est un exposé complet et raisonné de tous les procédés employés depuis Gratiolet jusqu'à nos jours pour tracer les rapports exacts de l'encéphale avec la boîte crânienne.

L'auteur en expose un, dû au Dr Debierre et à lui-même, et qu'il intitule « Procédé de l'Autogravure cérébrale ». Il consiste à faire imprimer au cerveau lui-même ses sillons et circonvolutions sur le crâne à l'aide de l'artifice suivant : Le crâne est scié circulairement au-dessus de sa base, la dure-mère est fendue longitudinalement, puis perpendiculairement, en avant et en arrière, de façon à pouvoir ainsi rabattre la membrane fibreuse. Le cerveau est examiné avec soin ; on reconnait toutes les scissures et sillons après avoir délicatement détaché la pie-mère, et, réappliquant sur le cerveau la dure-mère bien essuyée, on dessine à l'encre, à sa surface, à mesure qu'on en recouvre le cerveau, les circonvolutions et sillons avec lesquels elle est en rapport. La dure-mère doit être replacée très exactement dans la position qu'elle occupait tout d'abord, opération qui demande le plus grand soin. Pour empêcher que le cerveau ne se déforme, on laisse le plus de dure-mère possible en avant et en arrière ; celle-ci le maintient. Quand tous les sillons et toutes les circonvolutions sont dessinés sur la dure-mère, on recoud cette membrane et on repasse les premiers traits avec une couleur grasse. La voûte du crâne, bien essuyée, est remise en place et, en retournant la tête, on obtient sur l'endocrâne le tracé des sillons et circonvolutions. Les traits sont repassés à l'encre et l'on pratique des perforations, au moyen d'une drille armée d'un foret, le long des sillons que l'on désire étudier. Le procédé a toujours été contrôlé et a été reconnu comme largement et suffisamment exact.

Après avoir décrit les tracés des principaux sillons, scissures et circonvolutions sur les têtes adultes, ceux des sinus, et de l'artère méningée moyenne, l'auteur aborde les modifications que l'on trouve chez les enfants et les vieillards et termine par la description des rapports des centres et des principales portions de l'encéphale sur la calotte crânienne, et un aperçu de la trépanation guidée par la localisation cérébrale.

De nombreuses et bonnes figures aident à la compréhension du texte. Nous ne pouvons que féliciter l'auteur d'avoir mené à bien un travail aussi important, qui sera consulté avec fruit par les anatomistes comme par les chirurgiens. E. S.

De la réorganisation de la médecine légale, par M. le Dr Fallot, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille (Marseille, 1891, Boilatier et Barthelet).

Ce mémoire qui a été lu au Conseil de l'Association des médecins de France (section des Bouches-du-Rhône) revendique une modification sur la tarification des honoraires des médecins légistes, et surtout la réorganisation de l'enseignement médico-légal dans le but de fournir aux tribunaux des médecins légistes plus instruits. Cet enseignement fait défaut dans les Ecoles secondaires et de plein exercice. Espérons que la voix autorisée de M. Fallot sera entendue, au moment surtout où la ville de Marseille prépare la création d'une Faculté municipale, fait acte de libérale initiative et répond aux espérances des véritables amis du progrès en instituant un enseignement médical, en utile concurrence avec le monopole universitaire.

C. E.

L'art de soigner les enfants malades (*Guide hygiénique des mères*), par le Dr T. Périer. — (Paris, J.-B. Baillière et fils, 1891).

L'auteur de *La Première Enfance* et de *La Seconde Enfance* poursuit et complète l'œuvre de vulgarisation de l'hygiène commencée dans ces deux livres en indiquant, aux mères de famille, leur rôle dans les maladies des enfants, non pas qu'elles puissent suppléer le médecin, mais parce que celui-ci a le plus grand besoin de leur aide. Il montre comment le petit malade doit être installé dans son lit, comment sa chambre doit être disposée, ventilée, chauffée, éclairée et désinfectée après une maladie contagieuse ; il dirige les mères dans le choix des quelques médicaments qu'il est bon d'avoir à la maison, et dans l'emploi qu'elles en peuvent faire en cas d'indisposition ou de maladie ; il décrit, avec minutie, les petits soins que comporte un enfant malade : propreté, changement de linge, administration des médicaments, etc., il fixe le régime pendant la maladie et pendant la convalescence ; enfin, il tente de montrer comment on peut préserver les enfants des maladies contagieuses, accidentelles ou constitutionnelles par une application convenable de l'hygiène. *De minimis non curat prætor..... sed curat medicus.* Dans ce petit livre, dédié aux mères, les praticiens trouveront, sous une forme toujours agréable, d'utiles enseignements. H. G.

Chatel-Guyon, traitement, indications thérapeutiques, par le Dr A. Baraduc, 1891.

Dans ce mémoire, l'auteur fait l'étude complète de l'eau de Chatel-Guyon, rangée parmi les eaux chlorurées sodiques et magnésiennes, bicarbonatées mixtes et lithinées, fortement ferrugineuses, gazeuses. Sur les 8 grammes passés qui constituent sa minéralisation, elle contient par litre 1,56 de chlorure de magnésium, 1 gramme 63 de chlorure de sodium et 2 gram-

Digitized by Google

mes 17 de bicarbonate de calcium ; sa température à la source est de 24 à 38° centigrades. Son action générale diurétique et laxative appartient presque uniquement au chlorure de magnésium, excito-moteur des fibres légères gastro-intestinales, d'où son indication dans les affections du tube digestif en général. Comme chlorurée et ferrugineuse, elle convient aux anémiques, et aux scrofuleux; comme bicarbonatée, aux arthritiques, chez l'enfant, comme chez l'adulte. Elle s'emploie en bain, en douches, en lavage et en boisson. H. G.

Formulaire des nouveaux remèdes, par M. le Dr Bardet, (5e édition, Paris 1891, O. Doin).

Ce volume continue la série des publications annuelles dont M. le Dr Dujardin-Baumetz a été l'heureux inspirateur.

Nous signalerons, entre autres chapitres nouveaux ou augmentés : celui de l'aristol, du chloralamide, du condurango, de l'ichtyol, du jambol, de l'acide sulforicinique et de la pipérazidine.

Parmi les chapitres annexés, mentionnons celui qui est relatif au formulaire des intoxications. C. E.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES FRANÇAISES

Bordeaux. — **Société de médecine et de chirurgie** (16 juin 1891). I. *Traitement de l'angine phlegmoneuse.* — Marseille. — **Comité médical des Bouches-du-Rhône** (juin 1891). II. *Chorée et rhumatisme.*

I. **Traitement de l'angine phlegmoneuse.** — Depuis quelque temps, M. Saint-Philippe a constaté les bons effets du salol à l'intérieur contre cette affection. Il modifie l'état local et de plus fait avorter rapidement l'angine. Dans une série de quinze cas ainsi traités, notre estimé confrère n'enregistre qu'un seul insuccès qui, d'ailleurs, s'explique par l'époque tardive à laquelle on avait institué la médication.

Comment faut-il prescrire ce traitement ?

De l'avis de M. Saint-Philippe il doit être précoce; c'est une des conditions de son efficacité.

Dès les premiers symptômes d'une angine phlegmoneuse franche, unilatérale, il donne le salol à la dose de 2 à 8 grammes par vingt-quatre heures, suivant l'âge. Il ne craint pas d'aller jusqu'à 4 grammes chez les enfants de trois à six ans.

Les effets sont rapides. Il n'est pas rare que le soir même le malade soit notablement soulagé.

Une des difficultés de l'administration du salol, c'est son insolubilité. Chez les adultes, cet inconvénient est de peu d'importance, puisqu'on peut le leur faire prendre en cachets Chez les enfants, le meilleur mode d'administration paraît être d'incorporer le médicament dans une potion gommeuse, qu'on aura soin d'agiter fortement, de façon à faire une fausse émulsion. Il est bon d'examiner avec soin les urines, qui prennent parfois une coloration noirâtre.

On le voit, M. Saint-Philippe prescrit des doses élevées du médicament. Il ne faut pas oublier que, eu égard à la pratique de Gingeoud, ces doses sont inférieures à celles de 6 et 8 grammes, que les médecins anglais prescrivent communément.

Un autre traitement local offre aussi des avantages, c'est celui par le chlorure de zinc. M. Moreau, collègue de M. Saint-Philippe, le recommande ainsi comme moyen abortif et sous la forme de badigeonnages.

Chlorure de zinc.....	1 gramme
Glycérine.....	20 —

Il y aurait peut-être lieu, en tenant compte de l'action cathérétique de ce topique, d'en combiner l'usage externe avec l'ingestion du salol, dont l'action antiseptique n'est ni douteuse, ni superflue.

II. **Chorée et rhumatisme.** — Cette question est toujours discutée depuis le jour déjà ancien où une réaction s'est opérée contre la doctrine soutenue naguère par MM. H. Royer et G. Sée. A côté de cette doctrine de la chorée rhumatismale on a édifié, MM. Joffroy et Comby, entre autres, la théorie nerveuse de l'évolution cérébro-spinale de la chorée.

M. Pagliano a voulu contribuer à donner un contingent d'arguments aux avocats de la première de ces doctrines. Dans ce but, il rapporte l'observation d'une fillette de six ans, atteinte de rhumatisme articulaire et de péricardite. Après cette poussée, sur la nature de laquelle le doute n'était point possible, elle fut prise de chorée de Sydenham, de type classique, suivie elle-même d'une pleurésie.

Ici, la nature rhumatismale de la chorée ne semble point douteuse. C'était une chorée de la forme dite molle par West et Gowers.

Est-ce à dire pour cela que la chorée relève toujours de cette seule influence ? Non ; cette étiologie, pour être fréquente, n'est pas constante. Plus d'une fois, chez un choréique, il est impossible de trouver la plus petite tare rhumatismale.

Quoi d'étonnant à cela ? Pourquoi la chorée ne reconnaitrait-elle pas une étiologie multiple? La sclérose en plaques, qui cependant a une lésion anatomique bien reconnue, ne peut-elle pas apparaitre à la suite de maladies infectieuses déterminées, comme la fièvre typhoïde (Marie), ou survenir sans aucune cause appréciable ? Et ainsi, pour bien d'autres affections nerveuses. L'hystérie survient de même dans des circonstances bien variées: émotions, traumatismes, grossesse, saturnisme, intoxications, etc. Elle peut même apparaitre à la suite de maladies infectieuses (la fièvre typhoïde), comme M. Pagliano vient d'en observer un exemple remarquable.

Il n'y a donc pas de difficulté à reconnaitre à la chorée de Sydenham des causes variées. Qu'elle soit très fréquemment l'expression de l'infection rhumatismale, soit ; mais rien n'empêche, et ce fait deviendra peut-être évident un jour, qu'elle ne soit quelquefois l'expression d'autres infections restées méconnues.

Ces conclusions de M. Pagliano sont, à coup sûr, fort raisonnables. La majorité des praticiens les adoptent. En clinique, la plus élémentaire prudence commande, en effet, de fuir les opinions extrêmes et exclusives. Comme l'ancien le disait : *In medio stat virtus.*

N D.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 juillet 1891

Présidence de M. le Dr Terrier

Traitement de l'ectopie testiculaire. — M. Felizet n'est pas partisan de l'orchidopexie qu'il considère comme un moyen dangereux et souvent infidèle. En effet, la tunique albuginée, très mince chez les enfants, se laisse aisément traverser par l'aiguille qui blesse le testicule, d'où la production de tissu inflammatoire et la sclérose de la glande, d'où aussi les douleurs consécutives qui souvent se déclarent après les opérations de ce genre. Au-dessous de dix ans, M. Felizet conseille de ne pas opérer, quand les enfants ne se plaignent pas de douleurs. D'après cet auteur, les souffrances sont produites par les contractions brusques du cremaster et le choc du testicule contre le pubis. La méthode qu'il emploie consiste à exciser le cremaster et à sectionner les brides fibreuses qui s'opposent à la descente du testicule dans les bourses, sans dissocier les éléments du cordon ; il ne fait pas de tractions sur le testicule, celui-ci descend grâce à la pression sanguine. En effet, M. Felizet termine son opération par la suture des pilliers du

Digitized by Google

canal inguinal à l'aide de fils d'or. Cette suture gêne la circulation veineuse du cordon, détermine un varicocèle expérimental qui favorise la descente du testicule.

En résumé, chez les enfants, la fixation du testicule au fond des bourses à l'aide de fils de soie ou de catgut est inutile ou dangereuse. Cette fixation n'empêche pas les récidives, est souvent une nouvelle cause de douleurs et peut même déterminer l'atrophie du testicule.

L'excision large du cremaster facilite la descente de la glande ; la destruction des brides fibreuses empêche les récidives. Enfin la formation d'un varicocèle maintient le testicule au fond des bourses.

Des substances employées pour les ligatures et les sutures. — M. Bouilly se sert uniquement de la soie tressée plate pour les ligatures des vaisseaux et des pédicules dans les opérations abdominales et pour la suture des parois cutanées. Le catgut ne présente pas dans la pratique tous les avantages que l'on pourrait en attendre : son principal défaut est de ne pas être suffisamment aseptique, de se désserrer dans nombre de cas. Il assure l'asepsie de la soie par l'ébullition et la conserve ensuite dans une solution de sublimé au millième. Il a toujours eu de la sorte de très bons résultats.

Cependant il faut bien savoir que chez certains sujets à parois abdominales grasses, on peut avoir de petits accidents de sphacèle, qui sont dus à la constriction opérée par les fils. Ces accidents tiennent à la moindre vitalité des tissus et non pas à la nature des fils employés.

M. Pozzi déclare que le catgut vraiment aseptique serait un lien idéal pour les ligatures ou les sutures. Dans ces conditions il serait bien supérieur à la soie qui ne se résorbe pas. Toutefois on ne saurait employer indistinctement ces deux moyens de fixation. Le catgut type se résorbe en général au bout de huit jours, il est donc particulièrement indiqué pour les ligatures d'artères, dans les ligatures perdues, pour les affrontements profonds ou superficiels. Dans les pexies ou fixations d'organes, le catgut est éphémère et donne des fixations temporaires ; il est préférable d'employer la soie dans ces cas. Pour les affrontements des cavités muqueuses profondes, susceptibles de s'infecter, les fils d'argent doivent être employés de préférence. M. Pozzi prépare le catgut avec l'essence de bois de genevrier, le dégraisse avec l'éther et le passe ensuite à l'étuve à 120° ou 140° pour le rendre aseptique.

M. Quenu trouve que la soie est meilleure et plus facile à stériliser. La stérilisation doit être parfaite; l'ébullition n'est pas suffisante pour l'obtenir; il faut avoir recours à l'autoclave. M. Quenu se sert de soie tressée plate pour les ligatures et les sutures perdues. Il n'y a jamais de suppuration, à la condition que la stérilisation soit absolue. Il emploie les fils de soie aussitôt après un séjour prolongé dans l'étuve à 120° ; il ne les trempe pas dans le sublimé, qui a l'inconvénient de les rendre cassants. Dans les opérations sur le col de l'utérus, il emploie le catgut, parce qu'on peut le laisser indéfiniment en place et faire l'antisepsie directe du vagin et de l'utérus.

M. Bazy fait la réunion directe des plaies chirurgicales, sans drainage. Pour les ligatures et sutures profondes, il emploie le catgut naphtolé, dont l'asepsie est aussi complète que possible : il préfère le crin de Florence pour les sutures de la peau.

M. Terrier n'a jamais trouvé le catgut idéal dont il vient d'être parlé. Pendant quelque temps, il a employé avec un succès constant des fils faits avec des tampons de kangourou, très facilement stérilisables ; mais il a épuisé sa provision et n'a pu s'en procurer de semblables. Il a abandonné le catgut, sauf pour les sutures du col de l'utérus. Il emploie exclusivement les fils de soie dans toutes ses autres opérations, sans en éprouver aucune espèce d'accident. Ceux-ci sont laissés dans le stérilisateur porté de 120 à 130°, et ne sont retirés qu'au moment de l'opération, lorsqu'il opère en ville. A l'hôpital, à cause de l'insuffisance du personnel, il les fait ensuite bouillir dans une solution de sublimé au millième. Il considère les préparations du catgut comme trop longues et trop difficiles. C'est pour cette raison qu'il ne l'emploie pas.

M. Championnière est ecclectique; il emploie la soie antiseptique pour les pédicules d'ovariotomie ou d'hystérectomie ; le catgut, pour les ligatures et les sutures perdues; le crin de Florence, pour les sutures de la peau ; les fils d'argent, pour celles des os. Il stérilise lui-même son catgut, en le faisant baigner dans une solution de sublimé au centième, sans le dégraisser, ni le faire cuire. Il en a toujours obtenu les meilleurs résultats.

Dr H. Marciguey.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 juillet 1891

Présidence de M. le Dr Labbé.

Des pseudo-lipomes rhumatismaux. — M. Desnos rapporte l'observation d'une femme atteinte de lipomes nombreux et symétriques, disséminés sur tout le corps ; leur volume variait de celui d'une cerise à celui d'une pomme Cette malade était très arthritique, souffrait fréquemment de douleurs rhumatismales dans les petites jointures des doigts. A l'inverse des lipomes ordinaires, ces pseudo-lipomes suivirent un processus résolutif et finirent par disparaître ; M. Desnos partage l'opinion de M. Bucquoy, et pense que ces pseudo-lipomes sont des trophonévroses d'origine rhumatismale. M. Potain, qui a particulièrement étudié ces productions lipomateuses, pense qu'elles ne sont qu'une localisation spéciale de l'œdème rhumatismal, susceptible de se résorber facilement. Les pseudo-lipomes rhumatismaux ne contiennent pas de liquides ; par la ponction, il est impossible d'en tirer la moindre goutte. La sérosité s'y comporte donc autrement que dans les autres formes d'œdème. Ils sont constitués par un tissu lipomateux ordinaire, à cellules graisseuses très claires. Ils sont susceptibles de se développer rapidement sous l'influence d'un froid, chez certains arthritiques ; leur disparition peut être aussi rapide.

M. Mathieu a déjà rapporté un cas de lipomes multiples et symétriques avec sciatique double chez un arthritique. Cette observation a été citée par M. Bucquoy dans son travail. Il en a observé un autre cas, avec sciatique et nodosités d'Heberden chez un sujet atteint de lésions des trous vertébraux avec retentissement sur certains nerfs rachidiens. Ces deux faits sont un argument en faveur de l'origine névropathique des lipomes multiples.

Pseudo-tuberculose bacillaire et maladie d'Addison. — M. Hayem complète une observation de maladie d'Addison qu'il a lue à la séance du 6 février dernier. Rappelons brièvement les faits. Un jeune homme de 17 ans, sans hérédité tuberculeuse, ayant eu la fièvre typhoïde à 13 ans, mais présentant depuis plusieurs mois une coloration légèrement bronzée de la peau, est pris le 10 octobre 1870 d'un malaise général, avec vomissements, et ne tarde pas à offrir tous les signes d'un embarras gastrique fébrile. Il continue à se lever les jours suivants, quoi qu'il eût un peu de fièvre. Le 16 octobre commence une période d'algidité ; les extrémités sont froides ; la température rectale est de 35° 8 ; douleurs musculaires vagues, affaissement extrême. — 21 octobre. On porte le diagnostic de gastro-entérite infectieuse de nature indéterminée. La langue est étalée, blanchâtre ; les vomissements assez fréquents, la soif vive, les selles tantôt normales, tantôt diarrhéiques ; légères coliques variables comme siège et intensité, pas de tympa-

Digitized by Google

nisme ; foie, rate, poumons normaux ; pas de symptômes cérébraux. Faiblesse extrême, le malade se sent perdu, dit qu'il va mourir. La température est remontée à 38°.

27 octobre. — Etat algide, T. 35 à 36° dans le rectum ; cyanose des doigts et des ongles ; accès de collapsus cardiaque, combattu par les injections d'éther, puis le malade reprend sa pleine connaissance. La teinte bronzée de la peau s'accentue de plus en plus, on porte le diagnostic de maladie d'Addison. — Les forces se dépriment de plus en plus, — mort le 3 novembre.

Autopsie. La capsule surrénale droite est normale ; la gauche est transformée en une masse grisâtre, de nature caséeuse. Les ganglions prérénaux sont normaux. La masse grisâtre, qui occupe la capsule surrénale gauche, est ramollie à son centre ; à la périphérie elle est constituée par des cellules rondes ; elle ne renferme ni tubercules, ni cellules géantes, ni bacilles de Koch ; on y trouve, au contraire, des bacilles pseudo-tuberculeux.

Estomac normal. Psorenterie intense des plaques de Payer de l'intestin grêle. Hypertrophie des follicules clos, isolés et agminés, dans lesquelles on retrouve le bacille de la pseudo-tuberculose ; de même que dans le sang. Rien aux poumons. Les cultures faites avec le sang, l'intestin et tous les organes abdominaux ont reproduit le même bacille de la pseudo-tuberculose. Les inoculations faites chez les animaux avec des cultures ont produit la pseudo-tuberculose, caractérisée par une péritonite pseudo-membraneuse, avec masses caséeuses, sans bacille de Koch, mais avec bacille pseudo-tuberculeux. En résumé, il s'agit d'une infection, d'origine indéterminée, partie de la capsule surrénale gauche, ayant envahi l'intestin et tout l'organisme, caractérisée elle-même par le bacille de la pseudo-tuberculose, maladie bien connue chez les animaux, mais qui n'a pas encore été étudiée chez l'homme.

H. M.

INFORMATIONS

Société médicale des hôpitaux. — A la fin de 1892, cette Société décernera un prix de 1,200 francs à l'auteur du meilleur mémoire sur *l'allaitement artificiel.* Les mémoires doivent être adressés à M. le secrétaire général avant le 1er juillet 1892.

NOUVELLES MILITAIRES

AUTRICHE. — **Les soldats syphilitiques en congé.** Par ordre ministériel, tous les corps de troupes devront signaler aux autorités locales l'arrivée des hommes atteints de syphilis et envoyés en congé. Ceux-ci seront visités par un médecin commissionné officiellement. Dans le cas où ils seraient en présence de manifestations morbides, on les hospitalisera.

Ces mesures doivent, on l'espère sans le promettre, diminuer le nombre des cas de syphilis dont la multiplication est croissante dans l'empire austro-hongrois.

VARIÉTÉS

La variole dans l'empire allemand en 1889. — Il résulte du rapport de M. Rahts que, durant cette année, il y a eu 200 décès par variole, 157 en Prusse, 29 en Bavière, 7 en Saxe, 2 dans le duché de Bade, 2 en Hesse et 3 en Alsace-Lorraine.

Le plus grand nombre des cas a été observé près de la frontière austro-russe, ce qui prouverait l'efficacité de la législation spéciale sur l'efficacité de la vaccine. Dans ce rapport, on constate aussi que la protection existe jusqu'à 25 ans pour les enfants vaccinés en bas âge, que les revaccinations sont efficaces pendant un temps aussi considérable et que les vaccinations pratiquées en dehors des temps d'épidémie confèrent seules une résistance certaine contre la variole grave.

L'antisepsie dans la toilette. — C'est le comble de l'antisepsie. Il consiste, d'après le *Lyon médical*, à remplacer le savonnage par la vaseline avant l'emploi du rasoir.

Quoique l'application soit connue, il est peut-être utile, écrit notre confrère, dans un but de vulgarisation, de rappeler que la vaseline remplace avantageusement le savonnage précédant l'usage du rasoir. C'est à la fois plus expéditif et plus commode. De plus, l'usage de la vaseline blanche, ou pétroléine, n'est suivi d'aucune irritation. La vaseline remplacera donc avantageusement le savon lorsqu'il s'agira de raser proprement, rapidement et sans irritation une surface quelconque du corps.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs de Clolus, (à Plaine-Fougère) ; Plaize, (de Saint-Dizier) ; Guichat, (de Lodève) ; Duponchel, professeur à la faculté de médecine de Toulouse ; Cailliot et Girard, médecins de la marine ; Fayot, médecin militaire ; Giron de Buzareingues, (à Paris).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

ABBOTT. — Un cas d'éléphantiasis des Arabes (*The Brit. med. journal*, 9 mai 1891, p. 1014).

ALEZAIS et ARNOUD. — Tuberculose des capsules surrénales (*Revue de médecine*, avril 1891).

ANDRY et LACROIX. — Les névromes plexiformes et les pachydermies nevromateuses (*Lyon méd.*, 31 mai 1891, p. 145).

BALFOUR (G.). — Du traitement de l'anévrysme de l'aorte par l'iodure de potassium (*The Brit. med. journal*, 6 juin 1891).

BOURNEVILLE. — De la température dans l'épilepsie (*Revue de médecine*, avril 1891).

COMPRENED. — Toux auriculaire (*Bollet. delle mal. dell'orecchio, gola e naso*, 1891, mai).

FOA et CORBONE. — Etudes sur le processus pneumonique (*Gaz. med. de Torino*, 25 mai 1891).

HUN (H.). — La pathologie de la paralysie ascendante aiguë (*The New-York med. journal*, 30 mai 1891).

KŒHLER. — Pathologie et traitement du rein rétracté (atrophie granuleuse du rein), (*Intern. Klinische Rundschau*, 1891, 6 à 10).

MONISSET. — Empyème et tuberculose (*La Province médicale*, 30 mai 1891).

MYA. — La thrombose veineuse dans l'infection pneumonique (*Rivista Generale Italiana de clinica medica*, 31 mai 1891).

SEYMOUR TAYLOR. — Le cœur lent (*The Lancet*, 6 juin 1891).

SMITH (S.). — Des opiacés dans la péritonite aiguë (*The New-York med. Record*, 30 mai 1891).

SQUIRE. — Rupture du ventricule droit, mort en vingt-cinq heures (*The New-York med. Record*, 30 mai 1891).

VILLARD. — Des souffles extra-cardiaques (*Marseille méd.*, 30 mai 1891).

Le Directeur-gérant : HENRI HUCHARD.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBEL, 57, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

Cinquième Année N° 30 Juillet 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. Bar, E. Barié, Béclère, Brocq, Demelin, Du Castel, Gingeot, Charles Mauriac, Picqué, Al. Renault, Rieffel, Schwartz

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Traitement palliatif du cancer du col de l'utérus (1)

par M. le Dr E. Potherat

Chirurgien des hôpitaux de Paris

Je ne me propose aucunement d'étudier ici ni l'amputation du col intravaginale ou supravaginale, ni l'hystérectomie totale. Ces opérations ont des indications diverses, mais elles se proposent d'enlever tout le mal, de tenter, par conséquent, la guérison absolue, définitive — seules ressources curatives contre le cancer de l'utérus, elles ont une valeur très inégale, mais procédant toutes d'une même méthode ; le chirurgien n'est en droit d'en discuter l'opportunité que lorsqu'il se trouve en présence d'un cancer limité à l'organe, sans envahissement des parties voisines, vagin ou ligaments larges. Trélat était formel à cet égard et n'admettait qu'on tentât une opération radicale sur un utérus cancéreux que lorsque cet organe est encore *entouré de tissus sains*, et Martin (de Berlin) au congrès de Washington, en 1887, n'est pas moins affirmatif. Malheureusement ces conditions ne sont pas toujours réalisées quand la malade réclame l'intervention du chirurgien. Les phénomènes étaient peu accusés tout d'abord, la femme n'osait pas interroger sur son mal, mais les écoulements ichoreux sont devenus très abondants, leur odeur infecte rejette la malade hors de la société, ou encore les pertes de sang sont considérables, annihilent les forces et contribuent à accélérer la cachexie commençante. L'exploration permet de reconnaitre dans le vagin un énorme chou-fleur, avec un utérus fixe, des ligaments larges ayant perdu toute souplesse, où le vagin est partiellement envahi. Voilà dans quelles conditions déplorables se présentent trop souvent encore les malades atteints d'épithélioma de l'utérus. Il n'y a pas à songer à l'une ou à l'autre des méthodes curatives. Est-ce à dire qu'il n'y ait plus rien à faire qu'à mettre la malade au régime de la morphine et de la laisser finir misérablement son existence? Quelques chirurgiens hantés du désir, on ne peut plus honorable, de n'intervenir en chirurgie que pour guérir, abandonnent la lutte avec un mal que l'intervention ne peut guérir radicalement; avec d'autres, je crois qu'il y a mieux à faire. Sans doute, le chirurgien ne peut guérir la malade dans ces conditions, mais il peut notablement encore prolonger son existence, tout en l'améliorant. A l'appui de ces propositions, qui d'ailleurs ne sont pas nouvelles, mais ont cependant de temps à autre besoin d'être rappelées pour expliquer et encourager les interventions palliatives, je demande la permission de citer deux faits personnels.

Le premier a trait à une femme de 40 ans, entrée à la fin de l'année 1888 dans le service de mon bien regretté maître Trélat.

Règlée à 11 ans, il n'était survenu aucun trouble du côté de l'utérus, sauf depuis trois mois. Quatre fois enceinte, elle avait eu deux grossesses à terme avec enfant bien portant et deux fausses couches, l'une à sa première, l'autre à sa dernière grossesse.

Je ne saurais dire si l'épithélioma utérin pouvait avoir eu quelque influence pour produire cette dernière fausse couche, mais il est bien certain que le néoplasme était en évolution quand celle-ci s'est produite, trois mois avant l'entrée de la malade à l'hôpital. En effet, depuis ce moment, elle a des pertes tantôt *ichoreuses*, tantôt blanches, toujours de mauvaise odeur, souvent des hémorrhagies sérieuses. Elle a consulté pour ces divers accidents et depuis deux mois elle garde le lit par ordonnance, faisant des injections vaginales et prenant de l'ergotine.

Voyant son état général devenir de plus en plus mauvais, la malade se fait transporter à l'hôpital où je la vois. C'est une femme jeune encore, grosse, grasse, mais pâle, avec un teint un peu jaunâtre ; les fonctions digestives s'exécutent assez bien, mais l'appétit est très médiocre. A l'examen direct on est saisi de suite par une odeur « sui generis », et on constate l'écoulement abondant de matières sanieuses. Au toucher, le col est rapproché de la vulve, il est considérablement augmenté de volume, recouvert de saillies bourgeonnantes irrégulières, saignant très facilement. L'utérus est à peine mobile, le cul-de-sac antérieur est épaissi, notablement effacé. Les annexes paraissent n'être pas absolument indemnes.

Le diagnostic est facile, et il est aisé de se rendre compte que toute opération curative est impossible. Je présente la malade à M. Trélat qui me charge de pratiquer une opération palliative tendant à faire disparaître la large surface bourgeonnante, cause des métrorrhagies et des écoulements sanieux et ichoreux.

La malade étant chloroformisée, j'enlève avec la curette de Volkman toutes les parties exubérantes ; le chou-fleur disparaît, et même je creuse dans l'intérieur de l'utérus un cratère véritable ; je curette énergiquement partout où je ne sens pas un tissu paraissant suffisamment résistant ; avec les ciseaux j'abrase des lambeaux flottants à la périphérie de ce cratère ; je lave avec

(1) *Société médico-pratique*, 15 juin 1891.

Digitized by Google

soin, et, enfin, je cautérise au thermo-cautère toutes les parties avivées, transformant en un escharre superficiel noirâtre toute la partie saignante. Pansement avec la gaze iodoformée renouvelé ainsi que les injections au biiodure tous les deux jours.

Le résultat opératoire fut aussi simple que possible : il n'y eut aucun incident ni immédiat ni consécutif. Quant au résultat thérapeutique, il fut des plus satisfaisants. Tout écoulement sanguin ou autre cessa absolument ; la malade recouvra l'appétit, la gaieté ; rapidement elle se remit à marcher; la teinte subictérique disparut; les couleurs revinrent. Localement la plaie bourgeonnait et les bourgeons paraissaient de bonne nature. Pendant quelques semaines on eût pu croire cette malade guérie, mais quand elle quitta le service on voyait déjà un point qui n'avait pas de tendance à se cicatriser et qui était évidemment la récidive, ou plutôt la continuation du mal. Effectivement cette malade succomba cinq mois plus tard dans un service de médecine, mais elle succomba aux progrès de la cachexie sans avoir présenté de nouvelles métrorrhagies.

Le deuxième cas est plus satisfaisant encore ; c'est aussi à la Charité que je l'ai observé, en 1888. Je le rapporterai succinctement. La malade était en traitement dans le service de M. Luys pour une affection médicale, quand survinrent des métrorrhagies abondantes et surtout persistantes malgré les moyens médicaux. M. Luys me pria de l'examiner. C'était une femme de 49 ans, grande, sèche, vive, nerveuse, paraissant assez bien portante, en tout cas n'accusant aucune teinte cachectique.

A l'examen local, pas d'odeur appréciable, écoulement sanguinolent.

Au toucher, le col est surmonté d'un chou-fleur qui le recouvre de toutes parts, et qui à droite envahissait le cul-de-sac vaginal dans une étendue assez grande pour faire rejeter toute opération curative.

Sur le conseil de M. Trélat, je fis subir à cette malade le même traitement qu'à la précédente, avec les mêmes détails de technique. Les suites opératoires furent aussi simples. Consécutivement, toute la surface curettée et cautérisée se cicatrisa, l'excavation disparut, et l'on n'aurait pu croire, à l'examen, que cette femme avait eu une tumeur aussi considérable, ni qu'on lui avait fait subir une intervention aussi importante.

Après un séjour de plusieurs semaines encore dans le service de M. Luys, elle quitta l'hôpital paraissant complètement guérie. Je l'avais totalement perdue de vue quand quinze mois environ après cette intervention, je la rencontrai par hasard se promenant sur une avenue. Elle était très alerte encore ; je ne pus l'examiner. Mais son aspect extérieur, son amaigrissement, sa coloration jaune et sale permettaient de penser facilement qu'elle étaitsous le coup de l'évolution de son néoplasme. Elle n'en avait pas moins retiré de l'intervention un réel et considérable bénéfice, en ce sens que les hémorragies avaient totalement disparu avec la destruction des végétations cervicales, qu'elle fut débarrassée d'un des phénomènes les plus pénibles du cancer du col et qu'elle put même se croire guérie pendant bon nombre de mois.

Ces deux faits montrent quels bons effets on peut attendre d'un traitement palliatif du cancer du col utérin; ils nous invitent à ne pas désarmer dès que le mal est devenu incurable, et à procurer à nos malades les avantages d'une amélioration réelle, quoique passagère ; c'est pourquoi j'ai cru qu'il était utile d'appeler l'attention sur ce point de thérapeutique qui intéresse tous les praticiens. Je n'apporte que deux faits, mais ces deux faits sont absolument confirmatifs de ceux des chirurgiens, ayant une plus longue et plus vaste expérience, et, tout dernièrement, M. Schwartz a publié, dans la *Revue de clinique et de thérapeutique*, en se basant sur des cas de sa pratique, une intéressante leçon sur ce sujet ; c'est cette leçon qui m'a donné l'idée d'apporter à l'appui mes deux faits personnels. Ce mode d'intervention palliative n'est d'ailleurs pas nouveau ; il est peut-être plus vieux que la connaissance du cancer de l'utérus ; en tous cas, il précède de beaucoup l'intervention radicale, curative, et pendant longtemps, les chirurgiens se contentèrent, comme A. Paré au XVIe siècle, *d'user de cure palliative pour adoucir la fureur du chancre de la matrice.* (A. Pozzi, th. Paris, 1888).

J'ajouterai que la méthode palliative a eu à la période contemporaine recours à divers modes d'action dont les principaux ont été la *cautérisation* et l'*exérèse*. La *cautérisation* caustique imaginée par Marion Sims, est encore fort en honneur en Amérique à l'heure actuelle. Le chlorure de zinc a été la substance la plus employée ; chez nous, on lui a préféré la pâte de Canquoin. Je crois qu'il n'y a pas lieu de conserver la cautérisation par les caustiques, trop longue et trop douloureuse. Je pense que l'on ne doit employer que la cautérisation ignée et encore dans les conditions que nous indiquions plus haut, c'est-à-dire après curettage soigneux. Toutefois, il pourrait être utile d'agir par les caustiques à la période de cicatrisation après exérèse sur les surfaces de mauvais aspect afin de réprimer les bourgeonnements de mauvaise nature. La cautérisation agissant alors sur une petite étendue est peu douloureuse et susceptible de prolonger le bénéfice de l'intervention palliative.

L'*exérèse* peut se faire à l'écraseur linéaire, à l'anse galvanique, au bistouri, aux ciseaux, enfin à la curette. Sauf le dernier, ces divers modes constituent en quelque sorte des opérations régulières. Les auteurs qui y ont eu recours le plus cherchaient surtout la cure définitive; malgré les statistiques de Pawlick, de M. Verneuil, à ce point de vue ces modes soutiennent péniblement le parallèle avec l'hystérectomie, même lorsque la section du col est sus-vaginale ; mais, comme méthodes palliatives, elles sont susceptibles d'excellents résultats. C'est en ce sens que M. Richelot vante l'amputation sus-vaginale. Toutefois, faut-il encore que le mal soit limité dans une certaine mesure, mais lorsque l'envahissement s'est étendu dans les proportions qu'indiquent nos deux cas, il me semble que la curette est l'instrument de choix qui non seulement enlève en surface, mais creuse en cratère dans l'intérieur de l'organe et poursuit ainsi plus

Digitized by Google

loin l'acte opératoire. La cautérisation ignée consécutive, les soins antiseptiques, les lavages, l'emploi de l'iodoforme qui paraît ici avoir une efficacité particulière sont les moyens qui permettent à cette méthode palliative de donner tous ses fruits.

Je terminerai ce court exposé en rappelant ici qu'au dernier congrès de chirurgie, M. Levrat (de Lyon) a apporté un certain nombre de faits où l'emploi de cette méthode lui a donné de fort bons résultats. Mais il est inutile d'insister et de soutenir plus longtemps une cause qui n'a jamais cessé d'être gagnée. Si je suis revenu sur ce sujet, c'est, je le répète, surtout pour montrer deux faits dont l'un au moins est extrêmement encourageant, et parce que trop souvent aussi, aujourd'hui, on néglige de recourir à une intervention peu brillante il est vrai, dans son exécution, sans efficacité pour la guérison, mais capable de pallier dans une grande mesure les souffrances physiques et morales de malheureuses femmes dont on adoucit ainsi les derniers jours.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Des ponctions et injections articulaires

INJECTIONS PHÉNIQUÉES ET INJECTIONS IODÉES

PAR M. LE Dr P. VERGELY (1)
Professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux

Les deux observations suivantes me paraissent mériter encore une plus grande attention parce qu'elles sont tout aussi comparables qu'une observation peut l'être à une autre.

Obs. IV. — *Grossesse de huit mois; arthrite du genou droit; épanchement séro-purulent; cinq ponctions; trois injections iodées, révulsifs; guérison complète en trois mois.* — Joséphine Dof, âgée de 22 ans, entre à l'Hôpital Saint-André le 4 juin 1890, salle 5, n° 28.

Cette fille est grosse de huit mois, elle vient à l'hôpital pour une inflammation du genou droit, qui date de trois semaines.

Père et mère morts sans jamais avoir eu de rhumatismes. Ses frères et sœurs également n'en ont pas été atteints. Elle n'a jamais été malade. Elle a été réglée à onze ans et, depuis, régulièrement jusqu'à sa grossesse, qui a marché sans aucun accident. Cependant, dès les débuts de sa grossesse, elle a eu de grandes pertes de couleur jaune verdâtre, qui tachaient son linge; ces pertes se sont progressivement atténuées. Elle ne souffrait pas en urinant, elle n'avait pas de sensations de brûlures aux parties génitales. Malgré sa grossesse, qu'elle cachait à ses maîtres, elle persista à faire son service; elle fut prise, il y a trois semaines, de violentes douleurs dans l'articulation du genou droit, elle continua à travailler, mais bientôt le gonflement du genou, la douleur, la fièvre intense, dont elle était atteinte, l'obligèrent à s'aliter. Elle entra dans ces conditions à l'hôpital. Le genou droit est volumineux, globuleux, d'un rouge violacé, très chaud, la tension du genou est telle que le choc rotulien n'est pas facile à percevoir. La jambe est immobile et le plus léger mouvement réveille de vives douleurs.

L'articulation tibio-tarsienne du même côté est également douloureuse et très enflammée. La malléole interne est rouge, œdématiée. Le pouls est à 80, la température sous l'aisselle à 37 le matin, 37,8 le soir; il n'y a rien au cœur.

Le membre inférieur droit est placé dans une gouttière ouatée.

Le 7 juin, devant la tension énorme du genou, l'accouchement qui était proche, la crainte d'une arthrite purulente, nous résolûmes de faire une ponction.

Le genou est lavé, savonné, brossé, nettoyé avec de l'éther et des compresses d'une solution de sublimé et d'acide phénique sont appliquées sur toute son étendue deux heures avant la ponction.

La seringue de Dieulafoy est nettoyée, on s'assure du bon fonctionnement de l'appareil, l'aiguille calib. n° 5 (ancien modèle) est nettoyée, trempée dans de l'eau au sublimé et flambée, puis elle est introduite dans le cul de sac supérieur et interne de l'articulation.

On retire 50 grammes de liquide séro-purulent; une certaine quantité, enlevée à l'aide de la pipette de Pasteur, mise en culture, n'a rien donné de spécial. On injecte dans l'articulation 120 grammes d'une solution iodée.

Eau bouillie, filtrée	100 grammes.
Teinture d'iode fraichement préparée.	20 —
Iodure de potassium	1 —

L'injection est laissée cinq à six minutes dans l'articulation et retirée, des compresses phéniquées, incessamment renouvelées, sont appliquées sur l'articulation. La douleur ressentie par la malade par l'injection a été très légère, elle a mangé d'un bon appétit une heure après; pas d'élévation de température.

Les jours suivants, la tuméfaction du genou se reproduit mais avec beaucoup moins de douleurs le 14 juin. Précautions antiseptiques *ut supra*, ponction, extraction de 74 grammes de sérosité purulente plus épaisse, injection iodée comme plus haut, sensibilité très légère à l'injection iodée; le 17 juin, les signes de l'accouchement se produisent; elle accouche d'un enfant à terme après six heures de travail. Position O. I.G. H.; délivrance normale, enfant du sexe masculin vivant, poids: 2 k. 750. On enlève la gouttière du membre inférieur et on la remplace par un bandage compressif. Cette manœuvre ramène les douleurs articulaires qui avaient presque disparu. Le 26 juin, la malade est réintégrée dans la salle. Compression, badigeonnage de teinture d'iode.

Le 4 juillet, le genou, quoique très diminué de volume, contient encore du liquide.

Le 11 juillet, troisième ponction. On extrait 15 grammes d'un liquide rosé; on injecte 50 grammes de la solution iodée indiquée plus haut. Cette fois, l'injection iodée a causé une assez vive douleur qui, néanmoins, a disparu rapidement.

Le 17 juillet, le gonflement s'est reproduit de nouveau. On fait une quatrième ponction qui donne issue à 50 grammes de liquide séreux rosé; on arrête l'aspiration à l'arrivée de quelques gouttes de sang pur.

On injecte 50 grammes de la solution iodee qui produit, comme la troisième fois, une grande sensibilité.

20 juillet. — L'état de l'articulation s'améliore; la douleur a disparu; le gonflement est beaucoup moindre. Sur ces entrefaites, je quitte le service et je suis remplacé par M. le Dr Bouvet, qui, voulant hâter la résolution, pratique une cinquième ponction et retire à peine quelques grammes de liquide. Aucune injection n'est pratiquée dans l'article.

Le 8 août, la malade va beaucoup mieux; la gouttière est supprimée. L'articulation est encore un peu gonflée. Elle peut fléchir et étendre la jambe sans douleur. Applications de pointes de feu le 20 et le 28.

Le gonflement persistant encore un peu, on fait une nouvelle application de pointes de feu le 4 septembre. Le 10, la malade marche sans difficultés, n'ayant qu'une légère raideur dans les mouvements du genou droit. Elle fait l'office d'infirmière. Le 28, l'intégrité des mouvements est complète; depuis huit jours elle a remplacé tout à fait l'infirmière; se fatigue beaucoup sans éprouver la moindre douleur, elle demande son exeat.

Elle a été revue à plusieurs reprises; depuis cette époque, la santé générale est excellente, l'état de l'articulation très bon.

Avant d'ajouter quelques réflexions à ce fait, il nous paraît utile de faire connaître l'observation suivante qui n'a pas été traitée par les ponctions:

Obs. V. — *Grossesse de 6 mois, arthrite, épanchement purulent* (vésicatoires, appareil pour immobiliser et comprimer le genou, vésicatoires, pointes de feu, douches, massage. 20 mois

Digitized by Google

de traitement, ankylose fibreuse femoro-tibiale, dégérescence graisseuse du triceps, névrite ascendante). — Léonie G..., 30 ans, journalière, entrée à l'hôpital Saint-André, salle n° 15, le 14 octobre 1889.

C'est une femme grande, blonde, assez robuste; elle n'a jamais été malade, elle a un enfant de six ans bien portante; elle est encore enceinte de six mois. Elle n'a jamais eu de rhumatisme et n'a eu que de légères pertes dans le courant de cette grossesse, qui n'a été entravée par aucun accident.

Cette femme est venue à l'hôpital pour se faire soigner d'une violente inflammation de l'articulation du genou droit.

Cette articulation est très gonflée, rouge, très douloureuse, la malade, très pusillanime, laisse à peine constater la présence d'une fluctuation notable et du choc rotulien.

Le membre est placé dans une gouttière matelassée et une série de dix vésicatoires sont promenés autour de l'articulation. La douleur cède un peu, la tuméfaction paraît moindre. On place le membre dans un appareil ouaté silicaté.

Le 6 novembre, l'appareil est enlevé, le membre remis dans une gouttière. On constate que le liquide a beaucoup diminué et ne se trouve plus qu'en petite quantité.

Rien de particulier jusqu'au 30 novembre; le genou est très douloureux, empâté; il y a toujours du liquide dans l'articulation. La grossesse et la position du malade dans le lit ont contribué à développer des hémorrhoides très douloureuses; la vulve est également gonflée, douloureuse. Le 29 novembre, elle a eu un violent frisson, le pouls est monté à 110 et la température à 39°. Le 30, la fièvre avait disparu.

Dans le courant de décembre, malgré les révulsifs réitérés, l'usage de l'iode, de l'iodure de potassium, la jambe d'abord, la cuisse ensuite, augmentent de volume; il se forme un gonflement blanc; la peau est luisante, tendue, l'impression du doigt ne reste pas sur la peau. L'examen réitéré des urines ne permet d'y constater aucun principe anormal.

Le 20 février elle accouche d'une façon normale après un travail de deux heures, d'une fille bien constituée. La présentation était occipito-iliaque gauche antérieure.

Le 26 février les lochies sont arrêtées, elle est renvoyée à la salle V., le genou toujours douloureux, le gonflement est diminué. On constate un notable gonflement de la peau et du tissu sous-cutané du femur et du tibia. Les examens de cette augmentation de volume sont perçus par divers membres de la Société d'anatomie et de physiologie auxquels cette malade est présentée : MM. Arnozan, Boursier, Pousson, Lagrange, agrégés de la Faculté.

Vers le milieu de mars, la malade se plaint de difficulté à uriner, d'aller à la selle, elle n'en éprouve pas le besoin. Pour satisfaire à ces fonctions elle est obligée de faire des efforts; l'évacuation des fèces nécessite souvent des laxatifs.

Nous relevons les signes suivants: temp. du genou droit 36° 1, du genou gauche 35° 4, la sensibilité à la piqûre est semblable des deux côtés. La percussion des masses musculaires donne lieu à des contractions fibrilaires, le redressement brusque du pied provoque trente vibrations épileptoïdes. D'après la série des signes que nous venons d'énumérer, nous ne doutons pas qu'il y ait eu infection de l'os et du périoste par le liquide articulaire (osteo-périostite) et même retentissement sur la moëlle; la parésie vesicale et intestinale, les tremblements épileptoïdes autorisent une pareille interprétation. La masse musculaire du triceps fémoral entrait en dégénérescence graisseuse. Vers la fin de mai, la douleur s'étant amendée la malade descend un peu du lit: l'état général est excellent, l'articulation est massée par les méthodes de douceur; depuis un mois, des douches sulfureuses chaudes, bien brisées, sont dirigées dans toute la longueur du membre; à la fin du mois de juin les règles sont revenues, la mensuration a donné les chiffres suivants:

Jambe droite partie moyenne	31
Jambe gauche partie moyenne	29
Cuisse droite	46.5
Cuisse gauche	45

Articulation du genou droit 37 cent., genou gauche 34 cent.

Nous avons voulu envoyer la malade à l'électrisation, mais elle était tellement pusillanime qu'on n'a pu la décider à se laisser électriser. A partir du mois de décembre 1890, elle va à l'électrothérapie, elle est soumise aux courants induits, une grande partie du triceps femoral est inévitablement perdu. Peu à peu la malade s'accoutuma à marcher, l'articulation tibio-femorale est en ankylose fibreuse.

Au mois de mai 1891, Guill. aide un peu l'infirmière dans le service; l'articulation est toujours volumineuse mais indolore, les tremblements épileptoïdes ont presque disparu, l'intégrité des fonctions vesicales et rectales est complète. La marche est raide, difficile à cause de la faiblesse des muscles de la cuisse et de l'ankylose femoro-tibiale. La malade ne peut rester longtemps debout sans être fatiguée, elle est incapable de reprendre son métier de repasseuse et elle ne sait pas coudre suffisamment pour gagner sa vie.

Vingt mois de traitement énergique, suivi, varié, pour en arriver à ce résultat!

Nous n'avons pas pu nous empêcher, ainsi que tous ceux qui suivaient le service, de comparer ce cas au précédent et de nous demander si, dans des circonstances aussi identiquement semblables, au moins en apparence, le premier traitement ne l'emporte pas de beaucoup sur le second et si cette dernière malade traitée comme la première n'aurait pas aussi heureusement guéri. C'est notre opinion.

Sous l'influence de ces réflexions et dans une circonstance toute autre nous avons pratiqué la ponction dans un cas d'arthrite infectieuse survenue chez un homme atteint d'une affection aigüe des reins. Cette observation montrera au moins que la ponction a été inoffensive.

Obs. VI. — *Néphrite et arthrite a frigore, épanchement du sang intra-articulaire, ponction simple, amélioration rapide.* — Rergud, Jacques, 28 ans, célibataire, né à Toulé (Finistère), chauffeur à bord d'un vapeur marchand.

Cet homme est vigoureux, jouit d'une très bonne santé, n'a jamais été malade. Il boit trois petits verres d'eau-de-vie tous les matins et beaucoup d'eau. Depuis une vingtaine de jours, il se sentait fatigué après s'être exposé le corps en sueur sortant de la chambre de chauffe à l'air froid et humide du pont. Il a éprouvé des douleurs avec gonflement dans le genou et l'articulation du genou gauche, le membre inférieur gauche tout entier a augmenté de volume. Néanmoins, le malade continua à travailler. Les articulations du membre inférieur droit furent prises à leur tour pendant que celles du côté gauche étaient dégagées. Tout le membre inférieur droit devint très gonflé. Il ressentait des douleurs très vives avec une sensation de lourdeur. Il fut débarqué et envoyé à l'hôpital Saint-André, salle 14, lit n° 3.

Cet homme a l'air très affaissé, ses traits sont défaits, il est très pâle, très animé. Les gencives, les conjonctives, les lèvres sont décolorées. Il éprouve de douleurs très vives dans le membre inférieur droit. Ce membre est œdématié depuis la pointe du pied jusqu'à la racine, l'empreinte du doigt y reste profondément et longtemps tracée. Au niveau du genou, la peau est un peu rouge et la pression très douloureuse, le moindre mouvement est extrêmement douloureux. Le genou est rénitent, fluctuent ou peut provoquer le choc de la rotule contre les condyles.

Le pouls est petit, 76 pulsations par minute; artères sclereuses, à l'ausculation du cœur: léger dédoublement du deuxième bruit. Matité normale, pointe: 5e espace intercostal. Rien du côté des poumons, rien du côté du tube digestif. Pas d'appétit. Quantité d'urine: à peine mille grammes, un gramme d'albumine par litre. Potion avec 4 grammes d'extrait mou de quinquina. Membre dans une gouttière ouatée, régime lacté.

Jusqu'au 25 novembre, le membre est maintenu dans une gouttière, à cause de l'indocilité du malade, l'œdème du membre, la douleur du membre ont notablement diminué. On applique une série des petits vésicatoires recouverts d'un

Digitized by Google

papier fin huilé et laissés en place le temps juste nécessaire à rougir la peau.

Le 2 décembre : l'œdème a diminué, mais l'articulation est toujours tendue, douloureuse, rouge. La température, qui avait atteint 39,4, le plus souvent 38, est tombée à 37, 37°,6. Après des précautions antiseptiques soigneuses, je fais deux ponctions dans le cul de sac supérieur, elles amènent l'évacuation d'environ quinze grammes de sang pur. La plaie est recouverte de collodion élastique.

Le 5, le genou a beaucoup diminué de volume, les douleurs ont disparu.

9 décembre. Etat stationnaire, pointes de feu autour de l'articulation du genou. Le pouls n'a pas dépassé 80. L'urine, examinée tous les jours, a donné un gramme d'albumine par litre. Traitement : strychnine, deux milligrammes par jour.

11. Le malade est mieux, le sommeil plus tranquille, l'appétit excellent, le genou ne contient plus de liquide, il est peu douloureux, le teint moins pâle ; régime : lait, poissons, légumes.

22. Le genou a été massé et maintenu dans une bande de flanelle, légèrement compressive. Il n'éprouve plus de douleur; il peut se servir de son articulation, il a fait quelques pas.

29. Les mouvements de l'articulation sont libres, faciles, non douloureux. L'extension et la flexion sont possibles à peu près dans toute leur étendue, mais la marche est plus difficile, un peu claudicante. Le volume de cette articulation est à peu près celui du côté gauche, la peau est normale.

La quantité d'albumine dans l'urine est indosable, le malade demande son exeat.

Si nous avions cru que l'articulation ne contenait pas de pus ou tout au moins de liquide séro-purulent, nous nous serions abstenus de faire une ponction. Tout nous faisait redouter chez ce malade une arthrite infectieuse : l'état général, la température qui est restée élevée du 8 au 30 novembre, l'albumine dans l'urine. Or, la ponction a démontré qu'il n'y avait qu'un peu de sang qui avait filtré à travers la synoviale. Nous n'avons pas retiré tout le liquide contenu dans l'articulation, la canule du trocart était très fine, le sang y a formé un coagulum qui l'a obstrué.

Comme conclusions aux observations que nous avons relatées plus haut, nous croyons, avec un grand nombre de chirurgiens et de médecins, nous l'espérons, qu'il y aurait lieu de mettre plus souvent en pratique les ponctions articulaires.

Il nous semble que les médecins pourraient prendre pour base des indications de la ponction articulaire les indications tirées des ponctions de la plèvre; voici le parallèle que nous pourrions établir :

1° On ne ponctionne pas un *hydrothorax* unilatéral ou double parce qu'il faut s'attaquer à la cause qui l'a produit : affection du cœur, maladie de Bright, etc.

En modifiant la cause on modifie l'effet, sauf le cas où l'hydrothorax est tellement abondant qu'il menace d'asphyxie le sujet, ou que l'hydropisie articulaire, l'épanchement articulaire est tellement abondant qu'il menace l'intégrité de l'articulation (dissociation des ligament, ruptures, luxations articulaires, etc.

2° Dans les épanchements *modérés* dus à une lésion inflammatoire née dans le voisinage de la plèvre, occasionnés par le rhumatisme, par cette cause banale, un refroidissement, ne ponctionner qu'après démonstration très nette (s'il faut un chiffre indiquant la durée, quinze, vingt et un jours environ), que le traitement par les révulsifs, la compression, le repos n'ont amené aucune tendance à la résolution, comme dans certaines hydarthroses blennorrhagiques ou d'origine infectieuse.

3° Ponctionner au contraire de bonne heure, dès qu'on se croit en présence d'un épanchement de sang, de séro-pus ou de pus.

L'indication de la ponction dans ces cas est aussi précise pour la plèvre que pour les séreuses articulaires.

Dans l'épanchement de sang dû aux pachypleurites, c'est autant d'entraves enlevées à la libération du poumon. S'il y a sarcome ganglionnaire, cancer pleural ou pulmonaire, la thoracentèse sanglante soulage le malade, diminue momentanément son asphyxie.

Il est entendu que si l'épanchement de sang est peu abondant dans la plèvre et dans la séreuse articulaire, il faut attendre la résorption spontanée.

Le pus, le séro-pus doivent être enlevés sans retard des deux cavités séreuses; si les ponctions ne suffisent pas, y joindre des injections modificatrices; enfin si l'arthrite, si la pleurésie purulente ne se modifient pas, ouvrir l'articulation, la plèvre, les nettoyer, les drainer.

Nous voudrions ajouter quelques mots sur les liquides modificateurs à employer.

Nous avons injecté de la teinture d'iode que nous avons vu employer par nos maîtres, que nous avons employée nous-mêmes bien souvent avec avantage.

L'usage des injections irritantes date d'une époque ancienne, quoique moins ancienne que la ponction et l'incision du genou dont on retrouve une courte observation dans Ambroise Paré. L'injection de liquide dans les articulations a été faite par les anciens chirurgiens. Gay (1783), chirurgien du Cap, injecta de l'eau de Goulard coupée avec moitié de tafia camphré. Boyer à pratiqué des injections d'eau d'orge miellée. Jobert, alors chirurgien de Saint Louis, fit suivre trois ponctions d'injections d'eau d'orge alcoolisée. — Ces tentatives incomplètes, timides, ne trouvèrent autour d'elles que peu d'imitateurs. — Jules Cloquet cependant aurait fait vingt-cinq fois des injections d'eau d'orge miellée et s'en serait bien trouvé. Mais c'est surtout Bonnet (de Lyon) qui fit avec méthode des injections iodées dans les articulations. (Martin en 1842 (Thèse de Strasbourg), *Du traitement des maladies chroniques des articulations par les injections irritantes*). Dans cette thèse se trouve rapportés un certain nombre de succès obtenus par les injections iodées. La première observation a trait à un syphilitique qui eut une arthrite purulente du genou. Le pus fut enlevé et remplacé par une égale quantité de teinture d'iode; vingt-quatre jours après le malade était guéri. Le deuxième avait eu la variole et trois blennorrhagies et fut teinté aussi avec succès par les injections iodées. Le troisième cas est celui d'une double hydarthrose chez une fille de 16 ans, qui fut guérie par les injections iodées. Des arthrites purulentes, au nombre de trois, furent également traitées avec succès par l'injection iodée.

L'important rapport lu par Velpeau dans la séance du 6 janvier 1846 de l'Académie de médecine sur un travail de Jules Roux (de Toulon) sur l'hydarthrose scapulo-humérale et son traitement par les injections iodées, produisit une vive impression Après avoir exposé le travail de M. Roux et démontré l'impuissance

Digitized by Google

des moyens mis en usage pour guérir l'hydarthrose, Velpeau ne croit pas que la ponction simple suffise. Un moyen nouveau, l'eau iodée, employé par M. Bonnet et lui depuis 1839 jusqu'en 1842, lui a donné des résultats excellents. Cette communication fut suivie d'une importante discussion au cour de laquelle MM. Thery et Leblanc, vétérinaires, vinrent déposer que les injections iodées avaient donné des résultats favorables chez les animaux comme chez l'homme. M. Bouley fit d'abord quelques restrictions, mais il reconnut dans une autre séance que M. Verrier (de Rouen) avait obtenu d'excellents résultats avec l'eau iodée à plus petite dose. Depuis, les observations publiées par Barbier (Inj. iodée dans l'hydarthrose chronique (*Gaz. des hôpitaux*, août 1848); d'Abeille : Sur les injections iodées dans le traitement des hydarthroses (Paris, 1852) ; de Robert Alphonse (Trois observations d'hydarthrose du genou traitée par la ponction et les injections iodées, avril, 1857, *Union médicale*), Roux : Hydarthroses traitées par les injections iodées, dans les *Archives générales de médecine*, 4e série, t. XIV ; Boinet, dans son *Traité d'iodothérapie, art. hydarthrose*, etc.; Velpeau, *Leçons cliniques* à la Charité, 1850, avaient généralisé l'emploi de l'iode. On n'avait pas fait d'objections sérieuses au traitement par les injections iodées, et pendant longtemps l'iode fut considérée comme l'un des topiques les plus inoffensifs, les plus capables de déterminer une inflammation substitutive simple et rapidement curative dans les sacs séreux.

Cependant Gosselin fit dans sa clinique quelques observations sur l'emploi de l'iode en injections; elles sont devenues le point de départ de la proscription de cet agent; nous trouvons dans la thèse de M. Carbou (Ponction et incision dans l'hydarthrose chronique, Paris, 1884, p. 20 et suiv.), la preuve que c'est à Gosselin qu'est due cette réserve dans l'emploi de l'iode. Dans sa *Clinique*, t. II, Gosselin s'exprime ainsi: l'injection est suivie d'une arthrite très aiguë. Dans quelques cas, notamment dans un de ceux de Velpeau et dans un d'Aug. Bérard, dont j'ai été témoin, cette arthrite s'est terminée par suppuration, infection purulente et mort. » Nous nous garderons bien de mettre en doute l'exactitude des faits rapportés par Gosselin, mais comment la faire concorder avec cette relation de Velpeau (*Clinique* 1850, Charité). « La seule crainte, c'est de la voir échouer » (l'injection d'iode). Poursuivons la relation de Gosselin, (t. II, *Clinique*, p. 184 et 185). « Dans d'autres, et c'est ce qui m'est arrivé sur mes deux malades, l'arthrite provoquée est restée plastique et s'est terminée par une ankylose complète. Je crois que l'on ne peut pas compter sur un *meilleur résultat*, et notamment sur la substitution à l'arthrite hydropique d'une arthrite susceptible de se terminer par une résolution parfaite avec conservation des mouvements, et c'est parce que l'on ne peut y compter que nous ne nous hâtons pas de conseiller l'injection iodée. »

(*A suivre.*)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

CHIRURGIE

La splénectomie et l'hémophilie leucémique, par M. Folet, — L'ablation de la rate pour tumeurs solides n'a jamais donné que des résultats tout à fait décourageants. L'effrayante léthalité (près de 90 pour 100) serait due à l'hémorragie consécutive à l'opération, hémorragie de cause dyscrasique. L'observation que rapporte le Dr Folet, malgré l'état général satisfaisant de l'opérée, et la faible leucémie apparente en est la preuve (*Bulletin médical du Nord*, mai 1891).

Une femme de 50 ans, mère de 14 enfants, entre à l'hôpital pour une volumineuse tumeur solide de la rate datant de 5 ou 6 ans. Pas de fièvre intermittente ; cette fièvre n'est pas rare dans le pays qu'elle habite. Elle a maigri depuis 3 ans. Pas de douleur dans le décubitus dorsal, mais impossibilité de se tenir debout tant les tiraillements étaient douloureux La malade voulut être opérée, malgré les hésitations du chirurgien.

Celui-ci fit une incision de l'ombilic au pubis, et aussitôt la rate avec sa tumeur fit hernie dans la plaie. L'isolement, les ligatures, la section du pédicule furent extrêmement simples. Pas une goutte de sang ne s'écoula. La rate pesait 2,500 gr. Le soir, la malade était dans un état très satisfaisant et l'on espérait beaucoup. Le lendemain, à trois heures, elle présentait tous les symptômes d'une hémorragie interne et mourait dans la soirée.

On trouva à l'antopsie deux foyers d'hémorragie, l'un entre les lignes de sutures, l'autre dans la région sous-hépatique. Ce dernier, énorme, contenait un litre de caillots. On constate dans les vaisseaux de l'épiploon gastro-hépatique quelques petits foyers hémorragiques sous-séreux. Les tiraillements exercés sur cet épiploon pendant l'opération n'auraient pas été suffisants pour rompre des vaisseaux non altérés. La malade était hémophilique ; et c'est au paludisme aboutissant à la mégalosplénie et à la leucocythémie que l'auteur impute cette hémophilie. La conclusion est que l'abstention doit être la règle dans les tumeurs hypertrophiques de la rate.

P. C.

Pansement iodoformé des brûlures, par M. Rottenberg. — Ce pansement a été employé dans six cents cas de brûlures diverses (face, cuir chevelu, tronc, membres) sur des sujets de seize à soixante ans. (*Therap. Mon.*, mars 1891).

La technique se résume ainsi :

1° Traverser les bulles avec un fil de soie préparé au sublimé et laissé à demeure.

2° Recouvrir la surface de la plaie avec une couche de vaseline iodoformée à dix pour cent, puis avec une feuille d'imperméable.

3° Renouvellement quotidien du pansement dont les résultats, cités par M. Rottenberg, ont été des plus heureux.

N. R.

GYNÉCOLOGIE

Nourrices n'ayant qu'un sein utile physiologique, par M. Sabatier. — L'auteur étudie d'abord les causes de cette malformation. Il pense que quand l'atrophie n'est pas le résultat d'une lésion suppurative, elle relève des mauvaises habitudes de la nourrice ou d'une conformation vicieuse d'un des mamelons. Quelquefois, en effet, la nourrice acquiert, par paresse, l'habitude de donner toujours le même sein. D'autres fois, c'est l'enfant lui-même qui choisit le sein d'où le lait s'écoule le plus facilement. M. Sabatier ne croit pas à l'action du corset que l'on a incriminé (*Lyon Méd.*, 18 juin 1891).

Quoi qu'il en soit, l'une des deux glandes s'atrophie et subit la dégénérescence regressive, et la perte du premier sein se

Digitized by Google

manifeste par une augmentation de volume du second. La question de la qualité du lait est malaisée à trancher. L'un et l'autre sein sont également sujets à cette affection. Toutefois, le sein gauche serait atteint un peu plus souvent.

L'allaitement par les nourrices n'ayant qu'un sein utile, donne des résultats déplorables. Sur 32 de ces nourrices acceptées comme suffisantes, la mortalité des nourrissons qui leur furent confiés a été d'environ 48 0/0, au lieu du chiffre ordinaire, déjà très élevé, de 28 0/0.

Il faut donc refuser catégoriquement les nourrices n'ayant qu'un seul sein utile. P. C.

MALADIES DES ENFANTS

Stomatite blennorrhagique du nouveau-né, par M. Dohrn. L'inflammation de la muqueuse buccale d'origine blennorrhagique compte parmi les localisations les plus rares de cette maladie, et les quelques cas observés n'ont été vus que chez l'adulte. L'enfant n'en serait pas à l'abri, d'après M. Dohrn (*Berlin klin. Woch.*, juin 1891).

Le premier cas était celui d'un enfant de 8 jours, né à terme. Sur les gencives, sur le dos de la langue, sur les parties postérieures du voile du palais, s'étaient formées des érosions recouvertes d'un enduit jaune, grisâtre, visqueux. Il y avait en même temps de l'ophthalmie chez l'enfant et une forte blennorrhagie chez la mère.

Une petite portion de la muqueuse ulcérée, examinée au microscope, montra une infiltration de gonocoques entre les cellules épithéliales.

Au bout de quatre semaines, l'enfant put quitter l'hôpital en bon état, sans avoir souffert dans sa nutrition.

Depuis, l'auteur a eu l'occasion d'observer quatre nouveaux cas, en tout semblables au premier.

Il est probable qu'on a dû rencontrer de pareils faits il y a longtemps, mais qu'on n'a pas songé à les rapporter à leur vraie cause, puisqu'on a hésité chez l'adulte à admettre la stomatite blennorrhagique.

Chez l'enfant, la conjonctivite et la stomatite reconnaissent une même cause : l'infection de la mère, atteinte d'uréthro-vaginite à gonocoques. Il est vrai qu'on bat un peu en brèche aujourd'hui la spécificité de ce microbe. H. G.

Un signe oculaire précoce de la coqueluche, par M. Huguin. — Notre très honoré confrère, M. Huguin (de Tourteron), a attribué à la photophobie et à la dilatation pupillaire une valeur diagnostique qui n'a jamais été signalée jusqu'à présent. (*Union méd. du Nord-Est*, mai 1891.)

Deux enfants de 6 et 8 ans ont eu, en même temps que la toux non encore caractéristique de la période catarrhale de la coqueluche, de la *photophobie* avec dilatation des pupilles. Quelque temps après, une jeune fille de 18 ans, domestique dans la maison, a présenté le même symptôme, alors qu'aucune autre donnée ne pouvait faire soupçonner la coqueluche ; plus tard, la toux quinteuse caractéristique venait affirmer le diagnostic.

Les auteurs signalent la conjonctivite et le larmoiement au début de la coqueluche, mais ne portent pas, à notre connaissance, de la photophobie et de la dilatation pupillaire. Ces malades n'avaient été soumis à aucun traitement et les préparations belladonées, en particulier, étaient hors de cause. S. R.

Cas de croup guéri sans trachéotomie, par M. Baumel. — C'est un cas de croup à marche rapide. On demeura deux jours, le couteau sur la gorge de l'enfant : la respiration était bruyante et difficile ; tirage considérable, toux croupale. On commença par administrer de l'ipéca et l'on surveilla le petit malade pour intervenir aussitôt qu'il le faudrait. Le lendemain le tirage paraissait diminuer pour disparaître presque complètement la nuit suivante. (*Gaz. des sciences méd. de Montpellier*, 30 mai 1891).

C'était bien à un cas de croup que l'on avait affaire, (tirage, toux férine, suffocation persistante et paroxystique avec menace de suffocation). L'enfant avait été traité par les vomitifs : il avait rendu deux fausses membranes. De plus, comme la diphtérie peut agir sur le cœur d'une manière toxique on avait cherché à le tonifier par du vin vieux.

L'auteur se félicite de ne pas être intervenu. La trachéotomie doit être pratiquée sans hésitation quand elle est indiquée, c'est-à-dire quand l'asphyxie commence non pas à se produire mais à devenir menaçante. C'est d'ailleurs ce que recommandait Trousseau, qui, à peu de chose près, a tout dit sur le croup : « Opérer dès le début de la période d'asphyxie sans attendre qu'elle soit trop avancée. » L'auteur d'ailleurs rapporte deux cas de mort causée par la faute des parents qui avaient voulu différer l'opération. Aussi doit-on être heureux de signaler les cas de guérison par le traitement médical, là où beaucoup seraient parfois tentés de recourir trop tôt à une opération qui donne moins de guérisons que d'insuccès.

P. C.

THÉRAPEUTIQUE

Un traitement de la diarrhée par la résorcine par M. Mencke. — Cette substance a été essayée avec succès par l'auteur contre la diarrhée des enfants et celle des adultes. (*Cent. f. Klin. Medic.* n. 21, 1891).

Il la prescrit sous la forme de potion. Pour les adultes cette potion est la suivante :

Résorcine pure.....	1	gramme
Eau distillée.....	90	—
Sirop simple.....	60	—
Teinture d'opium camphrée.	1	—

Dose : Une cuillerée à soupe de deux en deux heures.

Pour les enfants on abaisse la quantité de résorcine et de teinture d'opium à un demi-gramme et on fait ingérer toutes les deux heures une dose d'une cuillerée à café seulement.

S. R.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

OBSTÉTRIQUE

De la conduite à tenir dans le traitement de la procidence et de la latérocidence du cordon

par M. le Dr Budin

Professeur agrégé à la Faculté, accoucheur des hôpitaux

et M. le Dr Crouzat (1)

PROCIDENCE DU CORDON. — On désigne sous le nom de *procidence du cordon* la descente de la tige funiculaire au devant de la partie fœtale qui se présente.

Dans les cas où la procidence est constatée avant la rupture des membranes, on la désigne plus spécialement sous le nom de *procubitus*.

Après la déchirure de la poche des eaux, la descente de la tige funiculaire peut être plus ou moins considérable et si, généralement, le cordon reste dans la cavité vaginale, quelquefois il franchit la vulve et tombe entre les cuisses.

Causes. — Le cordon est une tige mobile, pesante et glissante qui flotte au milieu du liquide amniotique ; il semble, par conséquent, que, la femme étant debout, il

(1) D'après la *Pratique des accouchements à l'usage des sages-femmes*, par MM. les Drs Budin et Crouzat (ouvrage sous presse), chez M. Dentu, Paris, 1891.

Digitized by Google

se trouvera facilement entraîné par son poids au-devant de la partie fœtale. Mais, dans les conditions normales, l'extrémité céphalique fléchie se présentant, la tête s'applique sur le segment inférieur dont elle se coiffe et avec lequel elle descend dans l'excavation pelvienne ; la procidence du cordon n'a ainsi aucune tendance à se produire. Toutes les autres présentations étant irrégulières dans leurs contours ou ne descendant pas dans l'excavation pelvienne, laissent au contraire un passage libre au cordon.

Parmi les circonstances qui favorisent les procidences pendant la grossesse (Maygrier) et le travail, il faudra donc citer en première ligne celles qui mettent obstacle à la présentation du sommet et à son engagement. Comme causes, nous citerons : du côté de l'œuf, l'exagération du liquide amniotique, le petit volume du fœtus, les présentations anormales, la longueur exagérée du cordon et son insertion en raquette sur le bord du placenta qui est voisin de l'orifice utérin dans les cas d'insertion vicieuse ; du côté de la mère, le rétrécissement du bassin, le relâchement des parois abdominales accompagné de ventre en besace, les tumeurs diverses de l'excavation, etc. La sage-femme provoque quelquefois elle-même la production d'une procidence de cordon, si elle rompt les membranes alors que la partie fœtale est élevée ou si elle fait des tentatives infructueuses de version.

Lorsque la tige funiculaire descend au-devant de la partie fœtale, elle peut se trouver comprimée entre la présentation et les parois de l'excavation. Il en résulte une gêne de la circulation fœto-placentaire et parfois la mort de l'enfant.

Symptômes. — Le doigt, qui pratique le toucher, rencontre dans le vagin une tige mobile, glissante, repliée sur elle-même et dont les deux extrémités opposées à l'anse pénètrent à travers l'orifice utérin. Si l'enfant est vivant, cette tige est animée de battements. Pour les constater, on applique généralement, avec le doigt, le cordon contre la paroi pelvienne ; mais, dans ces conditions, les pulsations digitales de la sage femme ou celles des artères vaginales de la mère peuvent induire en erreur. Il est nécessaire, afin de ne point se tromper, d'introduire deux doigts dans le vagin et de placer l'anse funiculaire entre l'index et le médius ; on reconnaîtra alors avec certitude s'il y a des battements des artères ombilicales, s'ils sont faibles ou forts, fréquents ou ralentis.

On ne confondra pas le cordon avec un petit membre de fœtus qui est toujours plus résistant et possède des caractères qui lui sont propres. Dans certains cas de rupture utérine, des parties d'intestin grêle, vides de liquides et de gaz et descendues dans le vagin, ont été prises à tort pour le cordon ombilical et sectionnées ; on comprend la gravité d'une semblable erreur à laquelle la sage-femme devra toujours songer.

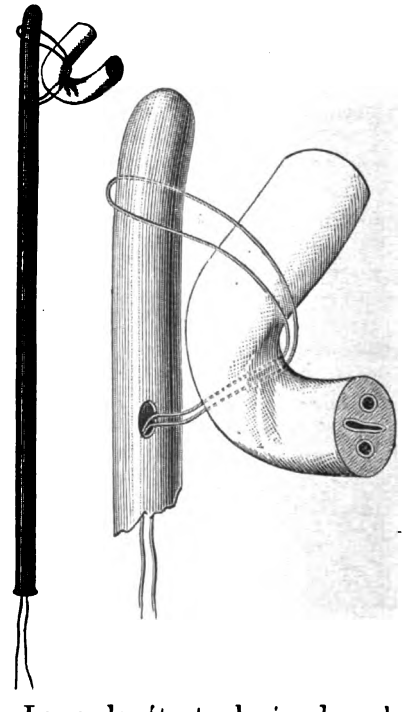
Pronostic. — La procidence du cordon est un accident très sérieux pour le fœtus. Un examen complet, en permettant à la sage-femme de reconnaître la présentation et les causes de la procidence, lui indiquera en même temps quel peut être le pronostic pour la mère ; pour cette dernière, en effet, il ne dépend nullement de la procidence elle-même.

Traitement. — Dès que la sage-femme aura reconnu l'existence d'une procidence du cordon, soit avant, soit après la rupture des membranes, elle devra, étant donné les risques que court l'enfant, demander immédiatement un médecin.

S'il y a *procubitus*, elle se gardera de rompre les membranes, maintiendra la femme au lit dans la situation horizontale et lui conseillera de ne pas faire d'efforts : elle s'opposera ainsi, autant que possible, à la déchirure de la poche des eaux.

Si les membranes sont rompues, si la dilatation est complète ou presque complète et si le cordon animé de battements se trouve comprimé, elle pourra, dans certains cas, en attendant l'arrivée d'un docteur en médecine, placer de chaque côté de la tige funiculaire l'index et le médius, qui empêcheront ainsi les vaisseaux ombilicaux d'être comprimés.

Si les membranes étant rompues et la dilatation de l'orifice utérin peu considérable, le fœtus vient à souffrir, la sage-femme tentera de réduire la tige funiculaire. En général, cette tige retombe si on opère avec les doigts ; on réussit mieux avec une sonde en gomme qui a été lavée et plongée dans une solution de sublimé ; un orifice est pratiqué à 6 ou 7 centimètres du bout fermé de l'instrument et on introduit par l'autre bout un fil plié en deux qui sort au niveau de l'ouverture nouvelle-



ment créée. La sonde étant placée dans le vagin en arrière du cordon, deux doigts font passer l'anse du fil au-devant du cordon et ils vont l'accrocher au-dessus du bout arrondi de la sonde. On pousse la sonde ainsi chargée jusque dans la cavité utérine : pour l'y maintenir, il suffit de replier son extrémité libre dans l'intérieur du vagin.

Digitized by Google

La dilatation étant complète, si l'enfant souffre et si le médecin n'arrive pas, la sage-femme est autorisée, lorsqu'il n'y a pas de contre-indication, à pratiquer la version pelvienne par manœuvres internes.

Quand on constate que l'enfant a succombé, on laisse l'accouchement se terminer seul, à moins qu'une autre cause de dystocie ne nécessite la présence d'un médecin.

Latérocidence du cordon. — Dans certains cas, le cordon ne tombe pas à proprement parler *au-devant* de la tête; mais il se place *à côté* d'elle; il reste entre la présentation et les parois pelviennes, il y a *latérocidence*. Lorsque les membranes sont rompues et le liquide amniotique écoulé, le cordon, sous l'influence des contractions utérines, est exactement appliqué sur le corps de l'enfant; au bout d'un certain temps, la tige funiculaire lisse, glissante, se trouve chassée entre la partie fœtale et la paroi de la matrice; elle est pour ainsi dire *exprimée*, de là le nom d'*expression du cordon* employé par Matthews Duncan. La présence de *circulaires lâches* autour du cou (Mme Henry) favoriserait la production de la latérocidence.

Si la compression dure un certain temps, l'enfant succombe et, à aucun moment cependant, la tige funiculaire n'est accessible par le toucher. Le ralentissement et l'irrégularité des battements du cœur ainsi que la sortie du méconium indiquent seuls les dangers courus par le fœtus. Il est donc indispensable qu'après la rupture des membranes et pendant la période d'expulsion la sage-femme pratique fréquemment et avec soin l'auscultation; si des signes de souffrances surviennent du côté de l'enfant, elle appellera immédiatement un médecin.

TRAVAUX ORIGINAUX

Note sur un cas d'automatisme comitial ambulatoire (1)

Par le Dr Paul Blocq

Chef des travaux anatomo-pathologiques à l'hôpital de la Salpêtrière

La plupart des manifestations de l'épilepsie comportent une sorte d'inconscience, d'automatisme, qui, rudimentaire habituellement, peuvent parfois acquérir un développement considérable.

L'*absence*, le *vertige* sont les formes cliniques par lesquelles se traduisent ordinairement les troubles. L'étude de ces cas, bien connus en clinique et très simples, permet de comprendre en quoi consiste l'*automatisme ambulatoire*.

Il arrive fréquemment qu'un sujet atteint de vertige continue inconsciemment pendant la durée de cet épisode les actes auxquels il se livrait au moment même où l'accès l'a surpris. D'autres fois, de même pendant le temps de l'accès, le malade fait quelques pas automatiquement. On connaît des exemples nombreux de phénomènes de ce genre; quelques uns même, l'observation de Trousseau en particulier, sont restées classiques à cet égard.

C'est à un accident tout à fait analogue mais d'une durée prolongée, que M. Charcot a donné le nom d'*automatisme comitial ambulatoire*. Il s'agit d'accès pouvant durer de deux heures à six jours, pendant lesquels le sujet se livre à de véritables fugues avec tendance à la déambulation. Ce temps durant, il vit inconsciemment, ayant toutefois les apparences extérieures d'un homme normal, mais sorti de cet état il a perdu tout souvenir de ce qu'il a fait.

L'histoire du malade qui a fourni à M. Charcot (1) le sujet de la leçon si remarquable dans laquelle il a constitué ce type clinique, est extrêmement instructive. Tout à coup, au milieu de ses occupations ordinaires, M... perdait la conscience de ses actes, il se mettait en marche, sans savoir où il allait, et ne recouvrait sa lucidité qu'après un temps variable.

Voici, du reste, l'histoire abrégée de l'un des accès de ce malade. Le 18 janvier, M... qui est livreur en bronze, après avoir fait plusieurs courses, se rend en dernier lieu rue Mazagran. Puis il oublie tout, et se retrouve le 26 janvier — 8 jours après — sur un pont suspendu dans une ville qu'il ne connaissait pas — à Brest.

On a, depuis, rapporté d'autres exemples d'automatisme ambulatoire. Mais la plupart de ces cas qu'ont publiés notamment MM. Grasset et Colin, ont trait à des hystériques; il s'agissait d'automatisme ambulatoire *hystérique* et non épileptique.

Nous avons toutefois lu récemment une observation nouvelle de M. Guyot qui paraît bien concerner un épileptique; mais en somme, l'automatisme comitial ambulatoire n'en est pas moins une manifestation rare de l'épilepsie, aussi ai-je pensé qu'il était intéressant de relater le cas que j'ai eu l'occasion d'observer, qui en offre un exemple relativement caractéristique.

Le jeune B..., âgé de 15 ans, lycéen, m'est conduit par sa mère le 27 avril 1891.

Antécédents héréditaires. — La *grand'mère* maternelle est morte dans un asile d'aliénés où elle a dû être internée pendant vingt et un ans. Le père était alcoolique, original, ne vit pas avec sa mère qu'il a abandonnée.

Antécédents personnels. — L'enfant lui-même a été somnambule naturel vers l'âge de 6 ans. Il a eu de l'incontinence nocturne d'urine jusqu'à l'âge de 4 ans. Aucune maladie antérieure notable.

Début et marche. — Avant l'accès pour lequel le malade m'est amené, il y aurait eu divers incidents dont le début ne peut être précisé.

C'est ainsi que sa mère se rappelle qu'il y a deux ans au moins, B... était fréquemment sujet à des absences. Pendant le repas, il pâlissait tout à coup, devenait immobile, les yeux hagards, mais cela ne durait que quelques instants.

Toutefois, il aurait eu de plus deux vertiges, accompagnés de chutes, avec perte de connaissance complète. Lors du premier de ces vertiges, il est tombé par terre, puis s'est relevé aussitôt, sans se souvenir d'aucune sensation anormale: la chute s'est faite dans les mêmes conditions, mais sur une chaise, dans le second vertige.

(1) *Société médico-pratique*, 15 juin 1891.

(1) Charcot. Leçons du mardi 1888-89, leçon du 21 février 1889, p. 303. — Grasset. Quelques cas d'hystérie mâle. (*Montpellier médical*, 1er juin 1891, p. 495). — Colin. Etat mental des hystériques. (*Th. Paris*, 1891, p. 20). — Guyot. Automatisme ambulatoire. (*Revue médicale de l'Est*, 1er juin 1891, n° 11, p. 325).

Digitized by Google

De plus, une sorte de petit accès d'automatisme se serait également manifesté. Le malade se souvient, dit-il, s'être trouvé une fois devant l'église sans savoir comment.

Voici le récit qu'il fait, et que complète sa mère, de ce qui s'est passé dans son dernier accès. Le 21 mars, il sort de sa pension — à Créteil — vers 4 heures, après avoir eu, avec un de ses maîtres, une discussion vive; il rentre chez lui, et là se plaint à sa mère d'un état de malaise vague. Celle-ci l'engage à aller prendre l'air. Il quitte son domicile à 5 heures pour aller se promener : Il se rappelle s'être dirigé du côté de la Marne, puis il ne se souvient plus de rien. Il reprend conscience, se trouvant en pleine Marne, nageant dans cette rivière à près de dix mètres du bord. Ayant regagné la berge et ne comprenant rien à cet événement, il s'imagine que, sans doute, il aura glissé et sera tombé dans l'eau en perdant connaissance. Il cherche des traces de chute sur les bords de la rive, mais n'en trouve pas. Il rentre alors tout trempé chez sa mère : il était 8 h. 1/2 du soir. L'accès avait duré trois heures. Pendant les deux jours qui suivirent, il montra une grande agitation.

Etat actuel. — C'est un garçon assez bien développé pour son âge.

Il ne présente aucun signe particulier, au point de vue intellectuel. Sa mère nous dit, toutefois, que son caractère change; depuis quelque temps, il devient sombre, mélancolique, parle de se suicider. Il a, paraît-il, un goût irrésistible pour les armes, quelles qu'elles soient.

Objectivement, à part un léger degré d'asymétrie crânienne, je ne constate rien d'anormal, ni du côté de la sensibilité (aucun stigmate hystérique, pas de zones anesthésiées ni hypéresthésiées, champ visuel normal), ni du côté de la motilité, ni du côté des réflexes.

Cette observation justifie-t-elle complètement le diagnostic que nous avons porté d'*automatisme comitial ambulatoire*. Qu'il s'agisse tout d'abord d'automatisme, cela est incontestable; que cet automatisme puisse être rapporté au mal comitial, il nous paraît également difficile de le mettre en doute.

Le caractère des accidents antérieurs, absences et vertiges, en même temps que les résultats négatifs qu'a donnés l'exploration du sujet au point de vue de la recherche de l'hystérie, sont suffisamment probants.

Nous avouons que le terme *ambulatoire* pourrait, à la rigueur être discuté, car, dans notre cas, ce paraît être, de propos délibéré, que le malade a quitté la maison ; la déambulation qui s'est faite automatiquement ensuite, n'ayant été en somme que de peu de durée.

Il est vrai qu'en ce qui concerne le malade de M. Charcot, toutes les crises n'ont pas eu le même caractère de fugue prolongée et surtout lointaine, et qu'il a présenté lui aussi un accès *atténué* qui n'a duré que trois heures. Cette réserve faite, notre malade offre un type réduit si l'on veut, mais tout à fait caractéristique.

Nous remarquerons de plus chez lui, cette tendance qui l'a poussé à se jeter à l'eau; car, de même chez le malade de M. Charcot, l'eau paraissait offrir une attraction particulière pendant la crise d'automatisme. Une fois le sujet s'est retrouvé sur les bords de la Seine ; une autre fois, il s'est réveillé dans le fleuve lui-même, tout à fait comme notre malade B..., dans la Marne. B... a présenté, de plus que le malade de la Salpêtrière, des accidents comitiaux antérieurs qui éclairent singulièrement l'histoire de son accident ; il est arrivé, en outre, à l'âge où se développe souvent l'épilepsie.

Nous n'insisterons pas sur l'influence causale évidente des antécédents héréditaires très marqués qu'il présente, nous ferons cependant remarquer dans ses antécédents personnels deux particularités que nous recherchons toujours en des cas analogues et que nous trouvons présentes assez fréquemment : le somnambulisme naturel et l'incontinence nocturne d'urine.

Ajoutons que nous lui avons conseillé le traitement bromuré, selon la manière de M. Charcot.

REVUE DES LIVRES

De la malaria, par M. le Dr E. Pepper (Paris, 1891. G. Masson).

La malaria! Le mot est court, mais son sens est vaste. Il faut un certain courage et une énergie difficile à décourager pour écrire un volume sur cette grande question. Notre très estimé confrère, M. E. Pepper, n'a point reculé devant ce labeur, et, ce qui vaut plus encore, l'a su achever si heureusement qu'on doit lui en rendre un juste hommage, même quand on est loin de partager toutes ses idées doctrinales.

M. E. Pepper y cherche les modes de l'intoxication malarique, rappelle que ses symptômes sont bien ceux d'un empoisonnement, que l'auto-infection y joue un rôle important et que, fait clinique de haute valeur, dans les régions malariennes, la malaria domine presque toute la pathologie.

Avec ces données cliniques, l'auteur motive les indications du traitement. Ce chapitre est un résumé de ce que les autres font et, mieux encore, de ce que M. Pepper fait. Notre confrère, qui habite Alger, possède l'expérience des maladies de cette contrée. Il écrit donc en connaissance de cause. *Experto crede Roberto.*

On peut lire des livres moins modestes ; on n'en lira guère de plus instructif et de plus sincère. C. E.

Conjonctivite printanière, par M. le Dr Couëtoux (Bruxelles 1891). — La conjonctivite printanière, affection relativement peu grave, appelée à guérir d'elle-même, mais insupportable pour le malade et décevante pour le médecin impuissant, ne serait-elle pas d'origine naso-pharingienne? Telle est la question que pose le Dr Couëtoux.

La solution de cette question fournirait, en effet, des renseignements efficaces pour le traitement, non seulement de cette affection, mais encore pour les affections cornéennes en général. Or l'auteur, d'après les indications données par M. Trousseau, a toujours employé chez les enfants atteints d'affections cornéennes, indépendamment du traitement ordinaire, les poudres de calomel et d'acide borique insufflées dans les narines. Par ce moyen, des kératites récidivantes cessent de l'être tant que l'on continue les prises pour revenir quand on les cesse.

Les auteurs, dans le traitement de la kératite, recommandent de poursuivre la poudre de calomel quinze jours après la guérison. Cette guérison étant indiquée par la reformation de l'épithélium, ce sont des principes infectants qui font redouter les récidives; quand elles ont lieu, elles viennent de loin. Elles doivent avoir pour origine le nez, les conduits nasal et lacrymal.

Or, la conjonctivite printanière est apparue à l'auteur comme une kerato-conjonctivite à lésion en bourrelet péricornéen, à exacerbations périodiques, non seulement annuelles, mais quelquefois mensuelles.

Il cite l'observation d'un malade chez lequel les lésions conjonctivales et péricornéennes se compliquaient de lésions rhino-pharyngiennes.

Derrière le voile du palais, en effet, il y avait un tapis d'un demi-centimètre de végétations adénoïdes. Il fit un grattage et

Digitized by Google

prescrivit des gargarismes et des insufflations et irrigations nasales, en n'appliquant le calomel sur l'œil qu'une fois par jour. Le mieux ne tarda pas à se faire sentir. Or, le traitement ordinaire (liqueur de Fowler et calomel avec réserve) avait été employé sans résultat, et c'est le traitement de l'affection rhino-pharyngienne coexistante qui amena une amélioration considérable de la conjonctivite. P. C.

Chirurgie infantile. Cliniques et observations, par MM. les Drs Charon et Gevaert (Paris, 1891, Lecrosnier).

Nous sommes heureux de pouvoir recommander à nos lecteurs cet excellent recueil où se trouvent réunis un grand nombre de faits intéressant la chirurgie infantile, et qui résument une pratique hospitalière de 15 ans. Nous signalons spécialement les chapitres relatifs à la trachéotomie, la résection de la hanche, la taille sus-pubienne aux tumeurs, aux anomalies congénitales. Ce n'est pas un livre didactique et le lecteur n'y trouvera pas d'enseignement doctrinal, mais une série de faits intéressants pour la pratique. P.

Traitement des fractures de la rotule (*par l'ouverture immédiate et large du genou*), par M. le Dr Just Lucas-Championnière, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis (Paris, A. Coccoz, 1891).

Partisan de cette méthode qui m'a valu récemment un beau succès, présenté à la Société de chirurgie, je ne puis qu'engager nos lecteurs à la lecture de cet opuscule basé sur 16 cas pour les convaincre de la supériorité, dans un grand nombre de cas, de ce mode de traitement sur la méthode classique. P.

Leçons de clinique chirurgicale, par M. le Dr Dubreuil (tome II, fasc. 4, Paris, G. Masson, 1890).

Ce fascicule de 49 pages contient, comme les précédents, une série de faits pratiques plutôt qu'un exposé doctrinal. A ce titre, il peut rendre service aux praticiens dans l'examen de faits analogues P.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

DERMATOLOGIE

I. **Traitement des gerçures par le glycéré de tanin.** — L'emploi vulgaire de la glycérine pure n'est guère efficace contre ce petit accident. Il est utile, par contre, de l'associer au tanin.

Pour diminuer la rudesse de la peau et les effets de la chaleur ou du froid sur elle, on prescrira donc des onctions sur les mains ou le visage, le matin et le soir, avec la préparation suivante :

Glycérine.....	10 grammes
Eau de roses.....	50 —
Tanin.....	0 gr. 30

MALADIES VÉNÉRIENNES

II. **Succédanés du sirop de Gibert.** — Au sirop classique, dont les malades se fatiguent par un usage prolongé, il est parfois nécessaire de substituer une autre préparation iodurée et mercurielle. M. E. Besnier conseille alors la suivante :

Liqueur de van Swieten....	100 grammes
Iodure de potassium.....	25 —
Eau distillée.....	400 —

La même intolérance se produit par l'emploi des iodures alcalins par la méthode classique. M. Vidal remplace alors ces sels par un sirop qu'on peut ainsi formuler :

Iode.....	1 gramme
Tanin.....	4 grammes
Sirop de ratanhia.....	50 —
Sirop de sucre.....	450 —

Sirop d'iodure de potassium ferrugineux. — Cette préparation convient aux syphilitiques dont on veut combattre l'état chlorotique ou l'épuisement :

Sirop d'iodure de fer du codex.	200 grammes
Iodure de potassium.....	2 gr. 50

III. **Pilules au tanate de mercure.** — M. Leblond a, depuis longtemps, fait remarquer la tolérance du tube digestif pour ce sel mercuriel. On doit le prescrire à raison de dix à quinze centigrammes par jour et sous la forme pilulaire :

Tanate de mercure.....	1 gramme
Extrait thébaïque.....	0 gr. 20
Poudre de réglisse	q. s.

F. s. a. et divisez en vingt pilules semblables. Deux à trois par jour.

K. D.

CORRESPONDANCE DE PARIS

Nous recevons la lettre suivante que notre habituelle impartialité nous fait un devoir de publier avec plaisir :

C. E.

Paris, 16 juillet 1891.

Mon cher Collègue,

Dans le numéro de la *Revue Générale de Clinique et de Thérapeutique* du 8 juillet, vous avez écrit ce qui suit .

. . . . . .

« Ce jugement condamne l'usurpation de nom, celle-ci est plus exceptionnelle que celle du titre.

« Cependant, il y a quelquefois, comme cela, usurpation de de l'un et de l'autre, ailleurs même que sur les parois des vespasiennes. On peut en citer quelque exemple, sous forme d'une vedette en tête de feuilles périodiques, et de plus avec adjonction d'une particule fort peu nobiliaire ; mais qui d'ailleurs est d'emprunt comme le nom propre qu'elle précède et le titre qu'elle suit.

« Ce jugement sera donc au besoin pour les syndics de la presse médicale une excellente occasion, nous l'espérons, d'intervenir et de montrer leur souci de la bonne réputation professionnelle de ceux qu'ils représentent.

« Pour aujourd'hui nous prenons la liberté de le rappeler à leur vigilance. Nous avons toujours pensé que la mission des syndicats professionnels ne consiste pas seulement dans des banquets périodiques. Nous espérons que nous ne nous sommes point trompés. »

. . . . . .

Comme syndic de la presse médicale, je me fais un devoir de protester contre des imputations contraires à la vérité et d'affirmer d'une façon absolue que, conformément à l'article V de nos statuts, tous les membres du syndicat, *sans exception*, sont pourvus du titre de docteur en médecine français. Aucun d'entre nous n'a donc usurpé le titre de docteur.

En ce qui concerne l'usurpation de nom, s'il en est parmi nous qui écrivent, ou qui dirigent des feuilles périodiques sous un nom qui n'est pas le leur propre, ils ne font en cela qu'user de leurs droits, et quand ils font précéder leur pseudonyme de la qualité de docteur, ils accolent légalement à ce pseudonyme

Digitized by Google

un titre qui leur appartient et qu'ils ont obtenu régulièrement devant une faculté de médecine de l'Etat.

Je vous prie, mon cher collègue, de vouloir bien publier intégralement le texte de ma lettre, dans le plus prochain numéro de votre journal et de recevoir l'assurance de mes sentiments dévoués.

CORNIL.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE. — **Société de médecine interne de Berlin** (29 juin 1891). — I. *Le diagnostic des tumeurs malignes du poumon.* — ANGLETERRE. — **Société obstétricale de Londres** (1er juillet 1891). — II, *Des kystes du vagin et de leur étiologie.* — BELGIQUE. — **Société de médecine de Gand** (3 mai 1891). — III. *Le curettage après l'accouchement.*

I. **Le diagnostic des tumeurs malignes du poumon.** — Le diagnostic de ces tumeurs est difficile. M. SCHWALBE le dit et d'autres ne l'ignorent point. Pour en reconnaître la nature, alors même que des symptômes permettent d'en soupçonner l'existence, il faut en appeler au microscope.

Le volume de la tumeur donne un élément d'appréciation. Sont-elles du volume d'une fève? Le diagnostic en est impossible. Ont-elles le volume d'un œuf de poule ou la forme d'une infiltration? L'auscultation et la percussion fournissent alors des renseignements qui sont ceux des infiltrations de toute nature du poumon. On est alors amené à pratiquer l'analyse histologique des crachats ou du liquide pleural, mais, dans ces cas, autre difficulté: pour affirmer la nature de la tumeur, il faut, dans le liquide, les crachats ou même les produits, retirés par une ponction exploratrice, trouver des fibres élastiques en grand nombre.

Le diagnostic différentiel du sarcome primitif du poumon et du carcinome est motivé aussi par les résultats de cet examen histologique. Cependant M. Schwalbe insiste sur la respiration soufflante du malade, plus fréquente dans la première que dans la seconde de ces affections néoplasiques. Ce phénomène d'auscultation a pour origine la compression des grosses bronches par les glandes bronchiques en tuméfaction et le rétrécissement ainsi produit dans les voies respiratoires. Un sarcome, même de gros volume, ne donnerait guère lieu, d'après l'auteur, à ce même phénomène morbide.

Cependant, nouvelle difficulté, on l'observe dans le cours des tumeurs de la plèvre, qui, elles aussi, sont toujours accompagnées par un développement excessif des glandes bronchiques.

Pour justifier ces remarques, il faudrait déterminer la valeur diagnostique des cellules que l'on a trouvées dans le liquide pleural des individus atteints de lympho-sarcome de la plèvre. Ces cellules rondes ou ovalaires, contenant une ou plusieurs vacuoles, ont été signalées par ERLICH dans le carcinome pleural, et par M. FRANKEL dans le sarcome pulmonaire. On le voit, cette donnée n'est point de nature à faire disparaître toutes les hésitations.

Reste la valeur à donner au bruit striduleux révélé par l'auscultation? Il est plus manifeste dans le cas de sarcome, parce que ces tumeurs ont pour habituelle origine les glandes bronchiques et non pas primitivement le poumon. Toutefois, à cette remarque, M. Schwalbe répond qu'on a constaté ce bruit anormal, même en l'absence d'altérations bronchiques démontrée par l'autopsie. Que conclure? Que même à la Société de médecine interne de Berlin, on vient encore de discuter cette question sans pouvoir arriver à la résoudre.

II. **Des kystes du vagin et de leur étiologie.** — Il s'agit ici de tumeurs du vagin à contenu liquide que, d'ordinaire, on catégorise d'après leur situation anatomique, en kystes sous-muqueux, interstitiels et périvaginaux. Au point de vue clinique M. RUTHERFORD préfère les distinguer en kystes superficiels et kystes profonds.

Leur étiologie ne donne point de renseignements diagnostiques, on les rencontre à tous les âges; chez les vierges et chez les femmes mariées. On peut en distinguer deux variétés: les uns sont accidentels, et développés aux dépens des cryptes vaginaux par leur occlusion suivie de dilatation du tissu cellulaire infiltré de sang ou de sérosité; des vaisseaux lymphatiques dilatés, des glandes de l'urèthre ou produits par des acéphalocystes. Les autres, d'origine congénitale, résultent de la persistance des canaux de Gartner ou des conduits de Muller.

Ces conclusions, dont on ne saurait méconnaître l'importance au point de vue de la pathologie fort obscure des kystes vaginaux, ont pour fondement clinique quatorze observations originales dans la plupart desquelles l'intervention opératoire permet d'examiner au microscope les parois de ces tumeurs. En réunissant ces observations à celles qui ont été publiées depuis 1887, l'auteur a pu formuler des déductions plus précises que celles de ses prédécesseurs dans l'étude de cette question.

III. **Le curettage après l'accouchement.** — Dans son mémoire, M. FRÉDÉRICQ fait remarquer que si les abus du curettage utérin, en vue de combattre la septicémie par rétention de débris placentaires, sont redoutables, la condition du succès consiste dans une antisepsie et une hémostase parfaite, plus indispensable ici que dans le curettage pour endométrite.

Comment obtenir cette antisepsie parfaite? D'abord en éloignant les parties déjà atteintes d'infections. On explorera donc avec soin toute la paroi utérine et surtout la paroi du col. Ensuite en répétant souvent pendant le curettage les injections antiseptiques au moyen de solutions fortes de sublimé (1 ‰) sans crainte d'une intoxication mercurielle.

Une fois la matrice débarrassée de toute sa muqueuse on devra désinfecter énergiquement la plaie ainsi produite, par l'écouvillonnage au glycérolé de créosote et bourrer la cavité de gaze à l'iodoforme pour empêcher qu'une fois le foyer d'infection éteint, il ne puisse renaître à la faveur de germes venus par la voie du vagin. La plaie étant bien et sûrement désinfectée, si la septicémie n'est pas trop avancée, si tout l'organisme n'est pas déjà empoisonné, la source qui alimentait la septicémie étant tarie, on pourra espérer que le poison déjà pénétré dans le sang s'épuisera dans la lutte que lui livre l'organisme encore résistant.

La seconde condition indispensable, c'est l'hémostase: ne jamais enlever des débris placentaires au moyen de la curette sans être sûr de pouvoir arrêter l'hémorrhagie, devrait être une règle générale.

On n'entreprendra donc jamais une telle opération sans l'aide de tous les moyens hémostatiques. Le tamponnement intra-utérin antiseptique par la méthode de Dührssen est certainement l'un des meilleurs hémostatiques, mais la gaze seule est quelquefois impuissante à arrêter une hémorrhagie; il faudra avoir sous la main du perchlorure de fer liquide dont on pourra imbiber les mèches introduites dans l'utérus. Maintenant qu'on connait la tolérance de la cavité utérine pour tous les agents thérapeutiques même violents, si ceux-ci sont appliqués antiseptiquement, on ne craindra plus une application même prolongée de perchlorure de fer.

Il faut donc agir énergiquement en présence de cas de septicémie commençant à la suite de rétention placentaire. Mais, même si l'on croit que tout le placenta a été expulsé, il sera encore très avantageux de recourir à un râclage pour tâcher d'éteindre le foyer d'infection. De simples injections antiseptiques dans le cas de septicémie à la suite de fausses

Digitized by Google

couches ou d'accouchements à terme sont quelquefois plus dangereuses qu'utiles.

De l'énergie du traitement, ajouterons-nous avec M. Frédéricq, dépend le succès. N. K.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 9 juillet 1891.

Présidence de M. le Dr Lailler.

Excision de chancre syphilitique. — Au sujet d'une communication faite par M. Mauriac sur un cas d'excision de chancre syphilitique, dont le résultat avait été négatif, M. Jullien fait remarquer qu'il existe aussi des cas fructueux. Suivant lui, la conduite à tenir est la suivante : on ne doit s'abstenir que lorsqu'on est en présence d'un chancre induré, parfaitement confirmé, avec ganglions décisifs. Mais il ne faut pas oublier que, quand le médecin est assez heureux pour juguler l'infection, il enlève par là même tout critérium de démonstration.

MM. Barthélemy et A. Renault ne partagent pas son opinion. Il y a des syphilis dont le chancre est l'unique manifestation.

Mycosis fongoïde. — M. Brocq a présenté un malade chez lequel l'affection a débuté, il y a deux ans, par une tache rouge sur le dos de la main. Les lésions consistent maintenant en taches arrondies, polycycliques, confluentes, s'exulcérant parfois, se résorbant d'autres fois. Les mains et les pieds ont été atteints et les téguments présentent un aspect bien atrophique. Les ongles sont tombés et ont repoussé.

L'auteur diagnostique un mycosis fongoïde de préférence à la lymphodermie pernicieuse. Le traitement a été le suivant :

1° Injections d'arsenic que le malade a bien tolérées ;

2° Applications sur les parties infiltrées de pommades à l'acide pyrogallique, qui les ulcérait immédiatement, et pansement de ces ulcérations avec le liniment oléo-calcaire aristolé.

M. E. Besnier emploie, pour cette affection, le naphtol camphré à l'extérieur, et, à l'intérieur, il l'administre également sous forme de capsules contenant une goutte. On peut aller jusqu'à cinq de ces capsules, et probablement davantage si le rein n'est pas malade. Localement, on applique des tampons de coton hydrophile imprégnés de naphtol camphré.

M. Besnier rappelle ensuite un rhinosclérome typique dont il présente le moulage. La tumeur était inopérable, en raison de l'étendue énorme du néoplasme. Il a donc commencé, voilà douze jours, le traitement préliminaire destiné à arrêter l'envahissement du néoplasme et à rétablir les fonctions du nez. A l'aide de ponctions successives dans le néoplasme, il a introduit des flèches de chlorure de zinc, et, maintenant, la tumeur est presque à niveau et il y a deux canaux béants dans lesquels on maintient des sondes.

Injections de serum du chien chez les tuberculeux. — M. Feulard rappelle que les injections de sérum de sang de chien ont été préconisées par MM. Richet et Héricourt, d'après lesquels le serum ne posséderait pas d'action curative directe sur la malade, mais agirait par ses propriétés toniques et reconstituantes. C'est dans ce sens que M. Fournier a voulu l'essayer dans son service.

Chez les tuberculeux, on constate que les effets nutritifs e reconstituants se sont produits chez tous les malades. Le poids a augmenté notablement, et le lupus, qui n'était pas traité localement, a été réellement amélioré.

Dans les syphilis récidivantes, associé au traitement ioduré, ou même au traitement mercuriel, il donnerait d'excellents résultats. Dans ce dernier cas, on administre, dans du lait, au malade, de deux à quatre cuillerées de serum dans lequel on a mis du sublimé à raison de 1/2000e, ce qui équivaut à une ou deux cuillerées de liqueur de van Swieten.

Le goût métallique est, paraît-il, masqué, le médicament très bien toléré par l'estomac, et les malades voient leur poids augmenter.

P. C.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 juillet 1891

Présidence de M. le Dr Terrier

Traitement du pied-bot varus équin. — M. Kirmisson, rapporteur. — M. Boursier (de Bordeaux) nous a envoyé deux observations de pieds-bots varus équin, guéris par l'extirpation de l'astragale. Dans le premier cas, il s'agit d'un jeune homme de 25 ans, atteint de pied-bot varus équin paralytique et invétéré. Il marchait sur le bord externe du pied, où s'étaient developpés des durillons douloureux. Le talon était donc remonté, le pied arrondi et enroulé sur son bord interne et sa face plantaire relevée; l'astragale faisait une saillie notable sur la partie externe de la face dorsale du pied. Il existait, de plus, une atrophie considérable des muscles de la jambe, qui cependant répondaient encore à l'électricité. M. Boursier commença le traitement par la restauration de ces muscles à l'aide des courants faradiques, pour les mettre en état de mouvoir le pied. Le 1er avril 1886, il pratiqua l'opération suivante : tenotomie du jambier antérieur, du tendon d'Achille, de l'aponévrose plantaire retractée, qui s'opposaient au redressement du pied. Lorsque ces diverses sections furent faites, M. Boursier constata que l'astragale saillante en avant empêchait le redressement complet du membre ; cet os fut alors extirpé et la correction devint complète. La guérison fut retardée par la formation d'abcès dans le pied. Cependant au mois de septembre le malade était entièrement remis de ses divers accidents, il marchait facilement, le pied reposant à plat sur le sol.

La deuxième observation a trait à un enfant de 7 ans, atteint d'un double pied-bot varus équin, d'origine congénitale et héréditaire. M. Boursier fit la même opération et obtint les mêmes résultats fonctionnels favorables. M. Kirmisson fait observer que, chez ces malades, il persiste un certain enroulement du pied sur son bord interne, qui l'empêche de reposer franchement sur le sol, preuve évidente que les parties molles n'ont pas été suffisamment sectionnées; il ne regarde pas d'ailleurs l'extirpation de l'astragale comme indispensable chez les enfants. Il préfère inciser largement les parties molles sur le bord interne du pied et ouvrir l'articulation medio-tarsienne, jusqu'à ce que le pied soit complètement redressé Il a obtenu de la sorte d'excellents résultats, entre autres chez une fillette de huit ans que M. Kirmisson présente à la Société et qui marche très facilement sur la face plantaire du pied.

Laparotomie exploratrice pour les plaies du foie. — M. Terrier rend compte de deux observations envoyées par M. Broca.— Dans la première, il s'agit d'un homme de 39 ans qui fut apporté à l'hôpital après avoir reçu deux coups de couteau dans le ventre, au niveau de l'hypochondre droit. Le blessé présentait tous les signes d'une hémorragie interne et semblait menacé d'une mort prochaine. M. Broca fit la laparotomie médiane et trouva une plaie du foie encore saignante L'organe était cirrhotique et très friable. Il fut impossible de lier les vaisseaux avec de la soie, qui coupait la glande hépatique. M. Broca dut employer le thermocautère pour arrêter

Digitized by Google

l'hémorragie. Le blessé succomba 60 heures après l'opération ; et à l'autopsie on trouva les lésions d'une péritonite au début et un épanchement sanguin notable, qui s'était fait par une plaie méconnue du foie.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme qui se donna lui-même un coup de couteau, lequel traversa le foie de part en part. M. Broca fit la laparotomie médiane et sutura une plaie de la face inférieure du foie. L'homme mourut 10 heures après l'opération. A l'autopsie, il existait dans le ventre un épanchement sanguin considérable provenant d'une plaie non suturée de la face convexe du foie. Les sutures de la face concave avaient bien tenu.

Ces observations prouvent qu'en présence d'une hémorragie interne traumatique, il faut chercher l'organe blessé par la laparotomie mediane exploratrice et qu'il est possible de suturer le foie, ainsi que nombre de chirurgiens l'ont fait pour des plaies chirurgicales de cet organe.

Anévrysme artérioso-veineux de la carotide interne dans le sinus caverneux. — M. Dieu présente un soldat qui, le 2 décembre 1890, recevait un coup de fleuret dans l'angle interne de l'œil droit. Le blessé présenta d'abord des vomissements, sans perte de connaissance ni hemorragie grave ; le lendemain on remarquait un œdème considérable des paupières, une ecchymose occupant toute la région orbitaire ; la vision était intacte, mais le malade percevait des sifflements intermittents isochrones au pouls dans l'angle interne de l'œil. Le 30, on notait un commencement d'exophthalmie ; le 10 janvier 1891, il existait une saillie notable du globe oculaire, un chemosis énorme de la conjonctive bulbaire ; l'œil était animé de mouvements isochrones aux battements du cœur ; l'exophthalmie était réductible. On ne percevait pas de thrill, mais on entendait un bruit de souffle très net à la partie supérieure et interne du globe, bruit perceptible dans la carotide primitive droite, mais diminuant d'intensité par la compression de ce vaisseau. La vision avait perdu un quart de son acuité ; à l'ophthalmoscope on constatait une dilatation et des battements anormaux des vaisseaux de la papille.

M. Tillaux, qui vit alors le malade, conseilla l'abstention de toute opération chirurgicale, puisque la vie n'était pas immédiatement en danger, et fit essayer la compression digitale sur la carotide primitive droite pendant deux heures à chaque fois. Dès la première séance, le patient fut atteint de trouble de la vue et d'amaurose complète, accidents qui se renouvelèrent aux séances suivantes, sans qu'elles aient amené la moindre modification dans l'état local. La compression fut alors abandonnée.

Aujourd'hui l'affection est restée stationnaire, quoi que le chémosis soit très diminué. L'acuité visuelle est réduite des trois-quarts ; l'œil est volumineux, fait saillie en dehors de l'orbite. Au niveau de l'angle interne on perçoit très facilement un thrill qui n'existait pas au début ; le stéthoscope, soulevé par des battements profonds, permet d'entendre un bruit de souffle caractéristique d'une communication profonde entre la carotide interne et le sinus caverneux. Le malade est moins incommodé par les sifflements qu'au début de l'affection ; il ne souffre pas, ne se plaint d'aucune douleur, sort et marche facilement.

M. Perier rapporte un cas de guérison spontanée d'anévrysme traumatique de la carotide interne et du sinus caverneux. En l'absence de tout accident immédiat, plusieurs membres de la société conseillent l'abstention chirurgicale. Le traitement de choix serait la ligature de la carotide primitive droite et peut-être des deux carotides primitives ; mais c'est un moyen extrême auquel il ne faudrait avoir recours que si la vie du blessé était directement menacée par la rupture de l'anévrysme.

Dr H. M.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 juillet 1891

Présidence de M. le Dr Labbé.

Un cas de diathèse hémorrhagique. — M. Hayem. Une jeune femme de 22 ans, lingère, entre le 21 janvier 1891 dans son service à l'hôpital Saint-Antoine. Ses parents étaient d'une bonne santé ; seule, sa mère a été sujette à des épistaxis. Dans sa première enfance, elle eut la rougeole et la variole. A partir de l'âge de sept ans, elle eut des épistaxis considérables, se répétant une ou deux fois par semaine. Leur maximum de fréquence se produisait en été, pendant la classe, tellement bien qu'à cette époque, elle était devenue très anémique. A partir de 15 à 16 ans, les épistaxis furent moins fréquentes et moins abondantes. Les premières règles apparurent à 18 ans ; d'abord modérées, elles ne tardèrent pas à dégénérer en de véritables ménorrhagies après les premiers rapports sexuels. Les pertes duraient quinze jours, profuses, s'accompagnaient de menaces de syncope, de taches de purpura sur la peau, d'épistaxis abondantes. Atteinte d'anémie chronique, de troubles des fonctions digestives, cette malade fit de nombreux séjours dans les hôpitaux. A son entrée dans le service, elle offre tous les signes d'une anémie intense, décoloration du visage, œdème des paupières et des malléoles, souffle à l'origine de l'artère pulmonaire, taches purpuriques sur les membres. A ces symptômes s'ajoutent ceux d'une dyspepsie très accentuée : anorexie, constipation, fétidité de l'haleine, pyrosis... L'estomac est peu dilaté ; pas de névropathie, d'hystérie, ni d'alcoolisme. Les urines pâles ne renferment pas d'albumine. Température rectale 37°8. La malade perd du sang par le vagin, on ne pratique pas le toucher utérin pour ne pas augmenter l'hémorragie. Repos au lit, injections vaginales chaudes.

26 janvier. — Nouvelle éruption de purpura sur les membres. La ménorrhagie s'arrête, mais une épistaxis lui succède ; fièvre légère, rien aux poumons. Trois jours après, l'hémorragie utérine recommence. Dans les premiers jours de février, cette malade quitte le service sur sa demande. Le sang présente les caractères de l'anémie chronique au troisième degré. Il n'y a pas d'augmentation du nombre des globules blancs, mais une rareté relative des hématoblastes ; leur nombre est de 62,000 au lieu de 200,000 par millimètre cube. Le chiffre des globules rouges est de 2,000,015 par millimètre cube. Les piqûres d'aiguille donnent lieu à un écoulement persistant ; le sang se coagule en six minutes, temps normal, mais le caillot est beaucoup moins rétractile que chez un individu sain, le sérum n'est pas plus abondant. Les globules rouges sont décolorés, il est impossible de voir leur noyau.

S'agit-il d'une diathèse hémorragique ou d'hémophilie vraie ? La coagulabilité normale du sang, la diminution du nombre des hématoblastes, la rétractilité moindre du caillot plaident en faveur de la première hypothèse. On sait, en effet, que l'hémophilie vraie est caractérisée par un retard de la coagulation du sang, indépendamment du nombre et des caractères des éléments figurés du sang.

De la vulvo-vaginite des petites filles. — M. Comby considère cette affection comme une maladie locale, très fréquente dans la classe pauvre, d'origine non vénérienne, indépendante de la blennorrhagie, mais très contagieuse d'une enfant à une autre. On l'observe habituellement chez des enfants lymphatiques atteintes d'impétigo, d'eczéma, dans la convalescence des fièvres éruptives. Les symptômes qui se groupent sous les deux formes aiguë ou chronique sont bien connus. Les complications auxquelles elle peut donner lieu sont l'ophthalmie purulente, la péritonite, les arthrites.

Digitized by Google

Lorsque l'affection est limitée à la vulve, M. Comby se contente de prescrire des lavages boriqués ou avec la décoction de feuilles de noyer et de faire un pansement avec le salol en poudre. Lorsque le vagin est envahi, il y introduit un crayon de beurre de cacao contenant un dixième de salol.

M. Chantemesse. — Ces vulvo-vaginites ne sont pas toujours d'origine vénérienne, quoiqu'elles soient souvent blennorrhagiques. En effet, l'écoulement renferme souvent le gonocoque de la blennorrhagie; mais, celui-ci peut avoir été transporté à la vulve par le contact d'objets infectés, sans qu'il y ait eu d'attentat à la pudeur. La présence de ce gonocoque dans ces écoulements n'a donc pas une importance absolue au point de vue médico-légal.

Traitement de la coqueluche par les vapeurs d'iodoforme.— M. Chantemesse, au nom de M. Chibret, de Clermont-Ferrand, lit une courte note sur l'action des vapeurs d'iodoforme dans la coqueluche. Cet auteur a remarqué que les enfants, soumis à ces vapeurs, présentaient une diminution sensible du nombre des quintes de la coqueluche et une durée moindre de la maladie. Il n'a pas observé de cas d'intoxication. Le traitement consiste à saupoudrer d'iodoforme la chambre dans laquelle habitent les petits malades.

Du tremblement héréditaire. — M. Huchard rappelle que dans la seconde édition du *Traité des névroses*, faite en collaboration avec Axenfeld, il a décrit des cas de tremblement héréditaire, analogues à ceux publiés par MM. Fernet, Charcot et Debove. Voici la phrase que l'on peut lire dans ce traité (2e édition, Paris 1883, page 663) : « Dans certains cas, l'influence de *l'hérédité* ne saurait être niée, et nous avons connu, pour notre part, un malade qui présentait, depuis sa naissance, une trémulation des deux mains, provoquée surtout par les mouvements intentionnels et dont tous les ascendants avaient été atteints ».

Dans la classification des tremblements, page suivante, M. Huchard a pris soin de mentionner le tremblement héréditaire. MM. Fernet et Charcot n'ont donc pas été les seuls auteurs qui aient mentionné ce tremblement, ainsi que le disait M. Debove dans sa récente communication : on voit qu'il a aussi été étudié par M. Huchard.

Dr H. Marciguey.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 juillet 1891

Présidence de M. le Dr Tarnier.

Du strontium et de ses sels. — M. Laborde conclut des nombreuses recherches qu'il a entreprises que, de même que l'administration et l'absorption immédiates, l'administration et l'absorption longtemps continuées montrent l'innocuité propre et relative de la strontiane introduite, par un mélange homogène, dans l'alimentation ordinaire et journalière du chien. Non seulement elle est tolérée à hautes doses et compatible avec une bonne santé, mais elle semble être un excitant de l'appétit et des fonctions nutritives.

Dans les conditions identiques, les composés similaires de potasse provoquent l'intolérance de l'organisme qui contraste avec l'action bienfaisante de la strontiane et les fait d'autant mieux ressortir que la potasse semble pouvoir être elle-même tolérée dans certaines limites et à faible dose.

Les composés de strontiane, surtout le lactate et le tartrate, paraissent posséder une action diurétique. La recherche chimique de la strontiane dans l'organisme, après absorption de ses sels, la décèlent en quantité plus ou moins grande dans l'urine, le foie, les os et les matières fécales.

La strontiane paraît exercer une action conservatrice et antiputride sur les tissus, les liquides et les excrétions de l'organisme. Son élimination par les matières fécales et sa présence dans l'intestin semblent contrarier le développement du tænia. Les applications de la strontiane pourront être tirées de son action diurétique, de son assimilation facile (incorporation au tissu osseux) et de son influence excitatrice sur la nutrition. M. Laborde insiste sur la nécessité de n'opérer qu'avec des produits absolument purs.

Le phosphate de strontium est une substance minérale, nutritive et assimilable. Il rendra des services dans la thérapeutique alimentaire et reconstituante. Le bromure de strontium, administré en injection hypodermique, chez un jeune cobaye, à la dose de 0 gr. 25 à 0 gr. 50, amène une anesthésie rapide et complète du membre injecté. Mais il produit de l'œdème et de l'infiltration, qui empêchent de l'employer par la voie hypodermique. Chez l'homme, la dose du bromure de strontium peut être portée, dès le début, à 3 et 4 grammes. On peut dépasser cette dose sans danger.

Le bromure de strontium est appelé à rendre à la thérapeutique, dans des conditions d'indications analogues à celles du bromure de potassium, des services d'autant plus précieux qu'il ne paraît pas présenter les inconvénients du dernier.

Greffe autoplastique des paupières. — M. Panas déclare que la blépharoplastie, quand elle est applicable, est la méthode de choix. Quant à la méthode italienne, elle est difficilement supportée par les malades, à cause de la position du bras qu'il est très difficile à faire conserver pendant la durée du traitement.

M. Panas se loue de l'application d'un lambeau de peau pris à distance. Mais il faut que l'antisepsie soit rigoureuse, que les sutures soient exactement faites. Il faut en outre éviter toute pression sur le lambeau greffé.

M. Le Fort. — Dans le symplépharon, j'ai employé le procédé de M. Panas avec un succès complet.

Du traitement de la tuberculose chirurgicale. — M. Lefort a réclamé, dans la dernière séance, la priorité de la méthode décrite par M. Lannelongue. Il n'accepte pas la réponse de celui-ci et il continue à réclamer la priorité. Si on a pratiqué depuis longtemps des injections dans les articulations malades, on n'avait pas songé avant lui à introduire dans les fongosités un liquide modificateur, et c'est là l'essentiel de la méthode.

M. Lannelongue blâme les injections intra-articulaires. M. Lefort n'en fait pas; il les fait en dehors de l'articulation, mais il ne blâme pas les injections intra-articulaires qui paraissent donner de bons résultats. A l'étranger, Krause les a employées avec succès. Il ne se croit donc pas autorisé à les blâmer.

M. Lannelongue ne veut pas des injections interstitielles. Il en fait cependant, si on s'en rapporte à son travail. Du reste, le fait d'enfoncer plus ou moins profondément dans les tissus une aiguille ne suffit pas à créer une méthode. L'idée des injections modificatrices appartient à M. Lefort qui les a employées dès 1879.

M. Lannelongue objecte qu'il emploie le chlorure et non le sulfate de zinc. M. Lefort croit qu'il a eu tort, car le chlorure de zinc produit des eschares. Du reste, la substitution d'un sel de zinc à un autre ne constitue pas non plus une méthode nouvelle.

M. A. Guérin. — M. Lannelongue guérit la tuberculose par un traitement chirurgical. M. Guérin, lui aussi, a guéri depuis longtemps certains cas de tuberculose, mais il n'a pas cru devoir les présenter à l'Académie. Il cherche à modifier la vitalité des parties malades par la compression élastique et il attache une grande importance au traitement médical.

M. Lannelongue transforme les tissus par la cautérisation : il agit comme les chirurgiens qui emploient le fer rouge. Mais, il a eu le mérite de constater que son traitement établit une barrière qui empêche la propagation des bacilles.

M. Guérin a peine à s'expliquer l'efficacité du traitement de M. Lannelongue dans les cas où il n'existe que quelques petits foyers tuberculeux dans la tête du fémur. Dans ces cas, à quoi sert le chlorure de zinc? Où déposer le caustique puisqu'on ne doit pas pénétrer dans l'articulation? Dans les cas semblables, la compression élastique vaut mieux. M. Guérin insiste en outre sur l'importance capitale de la position donnée au membre malade. Dans la tuberculose de la hanche, le chlorure de zinc ne suffira pas; il faut employer les autres procédés de traitement.

Digitized by Google

M. Lannelongue. — J'aurais été heureux de voir des résultats aussi bons que ceux que j'ai fait voir obtenus par le procédé de M. Lefort. Les deux méthodes sont complètement différentes. Je blâme absolument les injections intra-articulaires, mais il est bien entendu qu'il ne s'agit que du chlorure de zinc. Je n'ignore pas qu'on a employé les injections d'iodoforme et d'autres substances avec succès. Quant au sulfate de zinc, il n'a pas été expérimenté comme le chlorure de zinc : j'en peux donc parler.

Je fais les injections en dehors des articulations et non pas dans l'intérieur des fougosités. Je les fais en dehors du tissu tuberculeux ; j'agis sur la zone la plus voisine de ce tissu. Les injections interstitielles sont d'origine française, mais il faut bien savoir qu'en 1874, Hueter, de Leipzick, faisait ses injections intra-articulaires, dans les tumeurs blanches, avec une solution phéniquée à 3 0/0.

M. Guérin dit que la méthode que je préconise n'est pas applicable dans les cas où il n'existe pas de petits foyers tuberculeux dans l'épaisseur de l'os. Mais le danger n'est pas dans les petits foyers, il est dans leur accroissement indéfini. Voilà pourquoi il faut modifier les parties périphériques. Du reste, ma méthode ne supprime ni l'extension continue, ni surtout la compression élastique. J'ai eu le soin de dire que celle-ci était un adjuvant utile du traitement sclérogène.

M. Laboulbene lit un rapport sur les travaux de M. Kostomiris (d'Athènes) sur les écrits inédits des anciens médecins grecs.

Elections. — Sont nommés membres correspondants étrangers MM. les Drs Millard (de New-York), par 42 voix sur 51 votants, et Kostomiris (d'Athènes), par 34 voix sur 50 votants.

F. R.

LES JOURNAUX DE LA SEMAINE

La question du stage et la réforme de l'enseignement clinique à Paris. — Extrait d'un judicieux article de notre savant confrère M. Laborde et de la *Tribune médicale* du 16 courant :

A propos de la question du stage et de ceux qui, avec le rapport de M. Reclus, excusent son insuffisance, par ce fait que les stagiaires appartiennent à l'Assistance et échappent au contrôle de la Faculté, notre confrère écrit :

« Qu'il nous soit permis de remarquer que l'argumenté mis par M. le rapporteur, à propos du stage et des stagiaires, comme pour dégager la responsabilité des professeurs, n'a pas la signification qu'il semble vouloir lui attribuer. Sans doute les stagiaires dépendent en principe, de l'administration de l'Assistance publique.....; mais le soin et le droit du contrôle à l'égard des élèves, sont dévolus et appartiennent au chef de service. Si donc les professeurs, notamment les professeurs de clinique, — pour ne parler que de ceux-là, — n'exercent pas ce contrôle, à qui la faute ? A eux seuls..... Il n'est donc ni vrai ni juste de dire que le stagiaire est en dehors de la tutelle de la Faculté, dans la mesure, — insuffisante à la vérité, — de son organisation enseignante actuelle. Ce qui est certain, incontestable, c'est cette insuffisance d'où vient tout le mal et, un peu aussi, la négligence et l'incurie de la plupart de ceux qui ont cette charge de l'enseignement qu'ils utilisent, peut-être, plus pour eux-mêmes que pour l'élève, étant surtout, grâce à l'organisation actuelle, boiteuse par tant de côtés, — des professeurs professionnels. M. le rapporteur a bien dû le penser en soi, mais il lui était difficile de l'écrire : il est, lui-même, futur professeur et il ne le sera que par la grâce des autres. »

La médication sclérogène et le traitement de la phtisie. — Extrait de la *Gazette Hebdomadaire* du 18 juillet et d'un article de notre très honoré confrère Lereboullet, confirmant les conclusions d'un article publié dans notre dernier numéro :

Que l'on parvienne, autour d'un ganglion ou d'une arthrite tuberculeuse, à provoquer la formation d'un tissu scléreux qui isole les lésions et oppose à leur diffusion une barrière infranchissable, nul n'en saurait plus douter aujourd'hui. Les conditions sont bien différentes en ce qui concerne la tuberculose pulmonaire. Le microbe de cette affection est rarement cantonné en une région assez limitée ou, du moins, assez facile à bien déterminer pour qu'on puisse être sûr de l'atteindre. Presque toujours il s'évadera soit par la voie lymphatique soit même par la voie sanguine, et la sclérose pulmonaire, pour devenir efficace, devra être étendue à une surface considérable de l'appareil respiratoire. Enfin, dans les observations beaucoup trop succinctes d'ailleurs, de tuberculose pulmonaire traitée par les injections, nul n'indique l'existence des signes fonctionnels qui démontreraient la formation de ce tissu embryonnaire et de ces artérites oblitérantes que M. Achard a déterminées chez les animaux et dont les planches anatomo-pathologiques que publiera incessamment M. Lannelongue démontrent si nettement l'existence. Quoi qu'il en soit de ces réserves, il est démontré que les injections intra-pulmonaires sont inoffensives — nous en avons pratiqué nous-même un nombre suffisant pour pouvoir l'affirmer. Alors donc qu'une étude plus complète, qui devra être tentée sur le singe, si aisément tuberculisable, aura démontré comment agissent les injections interstitielles de chlorure de zinc, peut-être pourrait-on les essayer dans certaines formes de la tuberculisation pulmonaire. Cette méthode, si elle donne quelques résultats, sera certainement préférable à celle qui consiste à amputer le sommet du poumon ; mais jusqu'à ce qu'il en puisse être ainsi, nous persistons à croire que les méthodes d'antisepsie pulmonaire sont encore ce qu'il y a de plus efficace.

Et nous aussi.

NOUVELLES MILITAIRES

Nominations dans le corps de santé militaire. (Activité). *Au grade de médecin principal de 2e classe.* — MM. les Médecins-majors de 1re classe : Eichinger ; Delmas.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. les Médecins-majors de 2e classe : Fourcade ; Schneider ; Warion ; Nimier ; Vinsac.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les Aide-majors de 1re classe : Baylac ; Lapasset ; Privat ; Astier ; Lanel ; Seguin ; Milliot ; Mouret ; Brissé-Saint-Macary.

Nominations dans le corps de santé de la marine. — (Réserve) : M. le Dr Jean (A.), ancien aide-médecin auxiliaire de la marine.

NÉCROLOGIE

En Angleterre : M. le Dr H. Stone, ancien professeur de matière médicale à St-Thomas-Hospital.

En Autriche : M. le Dr Weiss, professeur de chirurgie à la Faculté tchèque de Prague.

En Italie : M. le Dr Ascione, privat-docent d'anatomie à la Faculté de Naples.

En Portugal : M. le Dr Lourenço de Alméida e Azevedo, professeur d'obstétrique et doyen de la Faculté de médecine de Lisbonne.

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 237, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE N° 31 29 JUILLET 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, BÉCLÈRE, BROCQ, DEMELIN, DU CASTEL, GINGEOT, Charles MAURIAC, PICQUÉ Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

CLINIQUE CHIRURGICALE

(*Hôpital de la Charité*). — M. le Dr SCHWARTZ.

Cancer du col de l'utérus et hystérectomie vaginale (1)

Je veux vous parler aujourd'hui d'une malade à qui j'ai fait hier l'hytérectomie vaginale totale. Si le sujet que je vais traiter devant vous n'a pas le mérite de la nouveauté, du moins est-il d'actualité constante; car peu d'affections sont aussi fréquentes que le cancer de l'utérus, malgré le peu de cas traitables par les moyens actuels, à cause du moment tardif où viennent le plus souvent nous consulter les femmes qui en sont atteintes.

La malade que j'ai opérée n'a pas 29 ans. Dans ses antécédents héréditaires, je ne noterai qu'un fait curieux, dont les renseignements fournis ne permettent pas de préciser davantage la valeur : c'est la mort — en très bas âge — de onze frères ou sœurs. La jeune femme, depuis l'âge de 18 ans, paraît avoir des accidents génitaux; d'abord des pertes blanches, avec, 4 ou 5 fois par an, une métrorrhagie parfois considérable; puis, depuis quelques mois, des pertes sanguines presque constantes, avec douleurs irradiant de tous les côtés. Malgré tout, elle est encore vigoureuse, robuste; elle peut vivre de la vie commune. C'est le docteur Depasse qui, l'ayant examinée, nous l'adresse après avoir fait le diagnostic imprévu de cancer du col. Malheureusement, ce diagnostic est exact. La vulve et le vagin — larges, car la malade a eu deux enfants et une fausse couche, sont sains; mais le toucher fait constater un col gros, saignant, dont la lèvre postérieure est complètement détruite par une ulcération envahissant même, surtout à gauche, le cul de sac vaginal. Du reste, l'utérus est parfaitement mobile.

Le palper bimanuel fait constater son volume considérable. Le spéculum, introduit et ouvert facilement — je note au passage ce dernier signe que vous ne retrouveriez plus si le vagin était très largement envahi — permet de voir une ulcération violacée, secrétant un liquide muqueux, occupant les limites précisées par le toucher. L'hystéromètre donne 9 c. 1/2 de longueur utérine; deux centimètres au moins de plus que sur un utérus normal à cet âge, et après deux grossesses déjà anciennes. Le toucher rectal, que je pratique toujours dans les cas de cancer utérin, ne me révèle, lui non plus, rien du côté des ligaments larges; de même, la manœuvre de Schrœder, qui consiste à attirer l'utérus à la vulve et à faire glisser alors, entre un doigt vaginal et un doigt rectal, le paramètre droit, puis gauche, remontant en même temps que l'utérus abandonné.

Les symptômes fonctionnels, je vous l'ai déjà dit, sont minimes, un peu de douleur, quelques pertes, du reste sans odeur, à cause de l'absence complète de spacèle du côté du néoplasme.

Le diagnostic, est, vous le pressentez, des plus faciles. Une métrite ulcéreuse n'aurait pas envahi le cul de sac vaginal, Une lésion syphilitique (du reste peu probable à cause de sa rareté) ne se présenterait, ni avec ces caractères, ni dans ces conditions. J'ai cependant fait examiner histologiquement un fragment de tumeur. C'est, comme je n'en avais jamais douté, un épithélioma tubulé.

Le pronostic est donc sévère, d'autant plus que la malade est jeune, la marche de l'affection rapide — puisqu'elle a manifestement augmenté de volume pendant les quinze jours où M. Depasse a pu la suivre, — une cachexie précoce, une mort rapide sont à craindre.

Je vous avoue que c'est surtout cette considération qui m'a entraîné à opérer, malgré peut-être quelques contre-indications d'autre part.

Les indications d'une cure radicale possible sont, en effet : intégrité du vagin, de la vessie, du rectum, des ligaments larges, pas de généralisation; or, chez notre malade, si le paramètre et les organes qui le circonscrivent sont sains ou paraissent sains, le cul-de-sac vaginal est envahi manifestement, et c'est là, en général, quand la lésion est accentuée, une contre-indication à toute intervention. Mais, étant donné que l'envahissement est très limité, le reste sain, la femme d'une santé encore excellente, je tiens pour l'intervention.

Dans ces conditions, que faire? Nous ne devons, en réalité, hésiter qu'entre une amputation supravaginale de Schrœder et une hystérectomie vaginale totale : j'ai choisi la seconde opération, à cause du volume de l'utérus, pouvant faire craindre des coulées néoplasiques du côté du corps, de son extrême mobilité, très favorable au point de vue opératoire et des chances plus grandes de tout bien enlever.

Je sais que certains chirurgiens pratiquent, de parti pris, dans les cas opérables de cancer de l'utérus, l'hystérectomie vaginale totale : ils se conduisent vis-à-vis de la tumeur maligne du col, comme en face d'un cancer du sein, et pratiquent l'ablation de tout l'organe touché. M. Trélat a, dans cette même chaire, soutenu, avec le talent que vous lui connaissiez, cette opinion qui est aujourd'hui celle de Terrier, Pozzi, Richelot, en France, celle de Dimitri de Ott, de Léopold, etc., à

(1) Leçon rédigée par M. Chipault, interne du service.

Digitized by Google

l'étranger. Pozzi a bien accentué cette tendance en disant : plus petite est la lésion, plus large doit être l'ablation.

D'autres chirurgiens, plus éclectiques, varient leurs opérations suivant les cas. S'il s'agit d'un cancer végétant, avec poussée du côté vaginal, ils extirpent le col. Si la surface du col est seule légèrement ulcérée, ils font un Schrœder ou un Huguier; enfin, lors de lésion cavitaire du col, ils pratiquent l'hystérectomie vaginale totale.

S'il était démontré — même avec une mortalité opératoire plus grande — que l'hystérectomie totale donne plus de survies définitives, personne n'hésiterait; or, si l'hystérectomie totale donne aujourd'hui, entre des mains comme celles de Léopold, 5 0/0 de décès, elle s'est longtemps maintenue aux environs de 20 0/0. Admettons même, comme courant, le chiffre de 5 0/0, qui est exactement celui de Léopold (4 morts sur 80), qui est même supérieur au chiffre accusé par Dimitri de Ott (0 mort sur 30)? Il n'en reste pas moins vrai que l'hystérectomie totale, en apparence du moins, donne jusqu'à présent des résultats thérapeutiques qui n'ont rien de particulièrement entraînant. Je me rappelle, il y a quelques années, avoir fait à Beaujon l'hystérectomie totale pour un cancer très limité du col: l'ablation fut, au moins en apparence, très complète et très large; or, six mois après, existait une récidive colossale, ayant déduit en très grande partie la vessie et le rectum. Une autre fois, en 1885, je fis, pour un cancer également limité, une ablation au thermocautère; la malade vit encore aujourd'hui, sans trace de récidive, et il s'agissait bien d'un épithélioma comme l'a démontré l'examen. Je laisse de côté ces faits personnels et je note encore au passage un fait de M. Tillaux, où l'hystérectomie totale faite dans les meilleures conditions de survie possibles, aboutit — chez une jeune femme, il est vrai — à une récidive déplorable en six semaines. D'autre part, M. Verneuil notait, il y a deux ans, à la Société de Chirurgie, 5 cas de guérison datant de plusieurs années (de 7 à 2) par l'hystérectomie partielle: MM. Marchand, Polaillon, Reynier et moi mêmes citions des faits analogues.

Je dois dire que ces exemples d'une part, la sévérité opératoire, alors réelle, de l'hystérectomie totale, m'avaient singulièrement refroidi vis-à-vis de cette opération. Depuis, j'ai peu à peu évolué: le pronostic opératoire de l'hystérectomie totale est, je vous le disais tout à l'heure, devenu meilleur; les résultats thérapeutiques eux-mêmes semblent s'améliorer. Sur les 80 cas de Léopold, il y a 27 guérisons datant d'au moins deux ans. Aussi j'en suis arrivé à cette formule opératoire: faire l'hystérectomie totale toutes les fois qu'elle est facile, c'est-à-dire lorsque l'utérus est abaissable, petit relativement au vagin, et lorsque les ligaments larges sont sains. Si j'ai légèrement dévié de cette ligne de conduite dans notre cas actuel c'est pour les raisons, morales, pourrais-je dire, que je vous exposais tout à l'heure et sans grand espoir d'un résultat définitif, réel.

Permettez-moi, en terminant, de vous donner quelques détails sur la technique que j'emploie pour l'hystérectomie totale. Trois ou quatre jours avant l'opération, on fera à la malade des injections de sublimé, précédées même d'un grattage énergique lorsque les fongosités sont exubérantes et sanieuses. La veille, un grand purgatif; le matin, un lavement naphtolé videra complètement l'intestin, et des tampons iodoformés maintiendront l'asepsie acquise du vagin.

Aussitôt avant l'opération, après détamponnement, on fait un lavage définitif, on sonde la vessie pour voir jusqu'où elle descend du côté du col utérin; enfin, on savonne, on brosse et on antisepsise la vulve. Alors une large valve déprime la paroi postérieure du vagin, une plus étroite l'antérieure. Le col de l'utérus est saisi avec les fortes pinces de Péan, et l'utérus abaissé, pendant que les aides laissent venir peu à peu les valves. Dans certains cas, la traction dure 5, 6, 7 minutes. On incise ensuite circulairement et superficiellement le col, le plus loin possible de la lésion, puis on décolle avec l'ongle les parois vaginales; en avant, ce décollement est complété avec la large valve plate d'un spéculum.

Alors on saisit la muqueuse vaginale avec une anse de catgut, en arrière toujours, en avant quelquefois, de façon à pouvoir la retrouver facilement lorsqu'elle saigne, puis on procède à l'ouverture des culs-de-sac péritonéaux. Chez notre malade elle a été très difficile et ce n'est qu'après plusieurs tentatives qu'il m'a été possible de prendre avec un doigt de crochet, puis avec une pince à longs mors, le ligament large droit, qui fut alors facilement pincé puis sectionné en dedans de la pince. L'utérus ainsi libéré s'abaisse sans peine, lorsqu'il est petit; lorsqu'il est gros, on va chercher son fond avec une pince, mieux avec les doigts. Cette manœuvre faite, le ligament large gauche apparaît à la vulve transversalement étalé; on le saisit avec une pince et on coupe encore en dedans de lui. L'utérus est alors enlevé. Nous avons eu, dans le cas actuel, une petite difficulté opératoire; après l'ablation de l'utérus, nous nous sommes aperçu qu'il restait encore un fragment du cul-de-sac vaginal malade. Il a donc fallu replacer une pince en dehors de celle déjà mise, et si ce ne fut pas absolument difficile, cela m'inquiéta cependant à cause de l'uretère.

Je laisse les pinces à demeure habituellement 48 heures comme l'a vulgarisé notre collègue, M. Richelot; je ne dis pas systématiquement. Ici, c'était indispensable; les ligatures eussent fait durer au moins un quart d'heure de plus l'opération déjà longue (50 minutes).

Mickulicz autrefois essayait de rapprocher l'une de l'autre les parois vaginales par des sutures; d'autres ont drainé le cul-de-sac péritonéal; je me contente tout simplement d'introduire quelques lanières de gaze iodoformée entre les parois et les pinces, puis d'enrober les manches de celles-ci dans un pansement iodoformé et ouaté.

Une sonde molle assure le fonctionnement vésical et reste à demeure autant que les pinces, c'est-à-dire quarante-huit heures.

Aujourd'hui notre malade va bien; elle a un pouls et

Digitized by Google

une température normale; elle a rendu des gaz par l'anus; enfin, elle a largement uriné, et ceci me rassure sur la possibilité du pincement uretéral que je n'avais pas été sans redouter.

Nota. — La malade opérée depuis 10 jours va très bien et a demandé à se lever dès le 7e jour.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Des ponctions et injections articulaires

INJECTIONS PHÉNIQUÉES ET INJECTIONS IODÉES

PAR M. LE Dr P. VERGELY (1)
Professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux

Le meilleur résultat que l'on puisse obtenir pour l'arthrite hydropique c'est l'ankylose ou l'injection d'iode qui la détermine; donc il ne faut pas employer cette injection, tel nous paraît être la conclusion que Gosselin aurait pu tirer de ses prémisses. Continuons la citation : « Je la proposerais cependant si le relâchement des ligaments et un commencement de crépitation me faisaient entrevoir l'arthrite sèche ; car la provocation d'une arthrite aiguë est moins fâcheuse. » Je pense en effet qu'avec *des soins bien donnés*, et surtout *une immobilité et une compression bien faite*, on empêcherait probablement une suppuration. Il suffira de lire les leçons précédentes dans la clinique de Gosselin pour s'assurer que l'ankylose consécutive à l'injection iodée *n'était* pas due à l'injection, mais bien à la nature de l'arthrite.

Si, d'ailleurs, on voulait savoir ce que pensait Gosselin des injections iodées, il n'y a qu'à se reporter au tome III de la clinique (page 183). Goître enkysté : l'injection iodée est le meilleur moyen (page 217); hygroma sous discoïdien : traitement et guérison par l'injection iodée (page 223); kystes et kystoadémones de la mamelle; 3 injections iodées (page 243); kystes oléagineux et butyseux de la mamelle. « L'injection iodée, inutile le plus souvent, mais non dangereuse, doit être essayée d'abord. »

Nous croyons que ces citations prouvent suffisamment la confiance que Gosselin avait dans les injections iodées. Aussi nous ne saurions accepter le jugement que porte notre distingué collègue et ami le professeur agrégé Lagrange dans son article sur l'hydarthrose publié dans le tome III du *Traité de chirurgie* (page 388). « Cependant les méfaits de la teinture d'iode ne passèrent pas longtemps inaperçus. Gosselin dans ses cliniques a cité des cas d'ankylose, de suppuration de mort après l'injection de cette substance dont les effets varient beaucoup avec l'impressionnabilité du sujet. » Après cette appréciation à notre avis inexacte de l'opinion de Gosselin sur ces injections iodées, suit l'observation d'un malade auquel *on injecta et on laissa* dans l'articulation plus de la moitié d'une injection iodée composée de 100 grammes d'eau et 50 grammes de teinture d'iode. L'absorption fut rapide dès le premier jour, le malade, d'un certain âge, ancien gendarme retraité, présentait des signes d'intoxication à l'autopsie. L'urine, le sérum du sang, le liquide biliaire contenaient de l'iode, — il y avait un engouement de la base des deux poumons. Dans cette observation publiée *in extenso* dans la thèse de Lauron, de Bordeaux, (*Du traitement de l'hydarthrose chronique essentielle par les injections phéniquées*, Bordeaux 1884). Nous n'avons vu qu'un fait d'empoisonnement par l'iode et nous n'avons trouvé aucun symptôme d'infection ni pendant la vie, ni après la mort.

M. Panas a porté également un jugement sur les injections iodées (*Nouv. Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, articulations, tome III, page 351) qu'il nous paraît utile de reproduire : « Nous avons déjà dit que les résultats des injections iodées sont variables, et les succès obtenus ont été mêlés de revers. Cela tient à ce qu'on a *essayé les injections* iodées dans des cas où *l'hydarthrose n'était qu'un symptôme* d'une affection plus grave (d'une tumeur blanche par exemple), que l'on n'a pas su prendre les précautions nécessaires pour y susciter un degré d'inflammation suffisant ou pour empêcher celle-ci de devenir suppurative...

Nous disons qu'on a obtenu : 1° des guérisons complètes avec conservation des mouvements de l'article et c'est là le cas le moins fréquent; 2° des guérisons avec un certain degré de raideur; 3° que souvent on a échoué complètement; 4° enfin, que dans certains cas, heureusement très rares, on a provoqué la suppuration de l'article et aggravé le mal qu'on s'était proposé de combattre.

Continuée dans de justes limites et appliquée là où elle peut réussir c'est-à-dire dans les hydropisies articulaires chroniques, exemptes de complications, la méthode des injections iodées appliquées au traitement de l'hydarthrose, sans avoir complètement répondu aux espérances des uns, ni justifié les craintes exagérées des autres, *constitue véritablement une des conquêtes de la chirurgie moderne*, et comme telle doit continuer à rester dans la pratique. » Nous avons reproduit tout au long ce sage jugement de M. le Dr Panas, qui nous paraît à peu près exact.

Cependant la teinture d'iode fut peu à peu abandonnée, elle était refoulée par les antiseptiques qui se pressaient en foule jetés dans la médecine par des industriels plus occupés des résultats commerciaux que des résultats scientifiques. A peine un antiseptique était-il connu qu'un autre lui était préféré et voilà pas mal de temps que cette chasse à courre du meilleur antiseptique se continue.

C'est alors que nous revient d'Allemagne, puisque c'est le sort des découvertes françaises qu'elles ont besoin de nous revenir de l'étranger pour valoir quelque chose, les ponctions des articulations ou lavages des articulations avec l'eau phéniquée suivant la méthode de Schede (de Hambourg). Je n'ai pu me procurer le travail original de ce chirurgien, publié dans les *Archiv. für Klinik* (vol. XVII fascicule). Mais Runne s'est inspiré des idées de Schede et a publié, dans le *Centrablatt für chirurgie*, année 1877, page 793, un mémoire intitulé : *Ponction antiseptique des articulations*

Fin. V. nos 28 et 30.

Digitized by Google

et leur lavage avec l'acide phénique. Ce mémoire contient dix-neuf observations de fonctions : 6 pour des hydarthroses dues au refroidissement, trois cas au traumatisme; un, rhumatisme polyarticulaire chronique, un cas chez un individu atteint de syphilis héréditaire avec gomme ulcérée; cinq dus au rhumatisme aigu. Un cas après une chûte sur le genou; un cas d'entorse latérale du genou; un cas dû à un agenouillement prolongé. Sauf le cas de syphilis on ne voit pas figurer, parmi ces hydarthroses, des cas d'arthrites infectieuses. Or, c'est dans ces cas surtout qu'il faut juger de la valeur de la ponction et du lavage articulaire.

L'auteur rapporte les injections iodées et leur succès obtenu par Bonnet et Velpeau et ne leur fait pas de critique; page 794, il rappelle qu'Hueter dans sa première édition de ses cliniques dit n'avoir jamais fait d'injection iodée et ne s'être résolu à la ponction qu'à la dernière extrémité, page 795. En 1878, Hueter publie dans le *Centrall für ch.*, n° 2, page 19, un mémoire sur la *Ponction antiseptique des articulations avec injection d'acide phénique.* L'auteur assure que, depuis le travail de Runne, il a changé d'opinion; en 1870-1871, il considérait la ponction comme dangereuse, aujourd'hui elle lui paraît sans danger. Il établit que dans les cas les plus graves d'hydarthrose, surtout quand la suppuration menace et que l'application de la glace n'amène pas la résolution, de même que dans les cas où la thérapeutique ordinaire ne donne rien, on doit ponctionner l'articulation. Il injecte alors une solution phéniquée à 2 0/0; si l'hydarthrose est séreuse avec liquide contenant des flocons de fibrine, des corpuscules de pus il fait une injection à 3 0/0. Dans les arthrites purulentes : lavages réitérés jusqu'à sortie d'un liquide clair, il est même utile de faire le drainage. Dans la synovite granuleuse, dès qu'on sent du liquide, on ponctionne et on injecte une solution d'acide phénique à 2 ou 3 0/0. Il rappelle les opinions conformes de Schède et de Rinne et conseille de pratiquer ces ponctions et ces injections en dehors des hôpitaux.

L. Mayer (de Munich) dans le *Bairisches aerztliches Intelligenz Blatt* 1877, n° 5, p. 46, conseille dans la synovite séreuse aiguë : des sangsues, un bandage compressif et de la glace ; à l'intérieur du calomel ; après trois semaines, s'il y a encore un exsudat, des badigeonnages de teinture d'iode, la compression élastique ou le massage.

Dans la synovite séreuse chronique : ponction et compression énergique. Dans la synovite purulente, incision longue de trois centimètres et drainage antiseptique, exercer des tractions sur l'articulation avec des poids de 10 à 15 livres.

Synovite fongueuse non suppurée : traction, ponction et injection d'acide phénique; dans les synovites fongueuse suppurée : *injection d'iode.*

Si le cartilage est détruit, résection chez l'adulte, raclage chez l'enfant; osteite de l'articulation : pointes de feu et même râclage. S'il y a perforation de l'articulation : résection pratiquée de bonne heure.

Depuis cette époque, l'injection phéniqué a été pratiquée à peu près partout. En Amérique, par Weir (hydarthrose du genou traitée par l'injection phéniquée, *New-York médical Journal* 1883, t. X, page 138). — En Suède, Carl Rossandes se loue de cette méthode (1879), en France, Bœkel de Strasbourg publie, dans la *Gazette des hôpitaux*, plusieurs articles sur ce traitement. Nicaise en 1881, (*Société de chirurgie*, 16 novembre), communique l'observation d'un malade auquel il a fait le lavage des articulations pour une double hydarthrose et qui a guéri sans ankylose. Labbé, (*Académie de médecine*, 1884 juin (1), après avoir fait le procès des injections iodées qu'il a employées *sans inconvénient mais sans avantage*, communique deux observations de malades atteints d'hydarthrose chronique simple, guéris, l'un après trois injections, l'autre après deux injections. M. Jules Guérin lui fit alors remarquer qu'il fallait bien distinguer les hydarthroses les unes des autres et qu'il ne fallait pas confondre, au point de vue du résultat du traitement, les hydarthroses simples et celles qui sont liées à un état général mauvais, à une lésion osseuse voisine. M. Delens, au mois de décembre 1884, communique à l'Académie de médecine huit observations dont sept suivies de résultat favorable; une de ses hydarthroses ponctionnée et injectée d'acide phénique a été suivie de suppuration.

Depuis, les communications (1887) de Terrillon, Reclus, Richelot, Lucas Championnière, Bouilly, ont montré l'utilité des ponctions et des injections phéniquées.

Parmi les thèses, nous citerons celles de Carbou, (Thèse de Paris, 1884). De la ponction et de l'incision dans l'hydarthrose chronique, nous avons déjà indiqué celle de Piéchaud en 1880. En 1889, Lauron soutient à Bordeaux une thèse sur l'hydarthrose chronique essentielle par les injections phéniquées où sont consignées quelques observations empruntées à la pratique, de M. Dudon, chirurgien distingué des hôpitaux de Bordeaux; en 1889, Félix Falcoz prend pour sujet de thèse : Quelques considérations générales sur l'hydarthroses, on traitement par la ponction et l'injection, (thèse de Paris). Cette thèse contient seize observations personnelles d'hydarthroses traitées par la ponction et le lavage phéniqué. il rapporte la pratique de Hayen (de Hambourg) qui a traité par la ponction 100 cas d'hydarthroses subaiguës ou chroniques avec un seul cas de mort survenu chez un phthisique plusieurs jours après la ponction et amené par les progrès de l'affection pulmonaire; 9 cas d'hemarthroses ont été traités par la ponction ainsi que 15 cas de fractures de la rotule avec épanchement.

Après une série de faits aussi nombreux empruntés à des auteurs aussi divers, nous pouvons conclure que le lavage des articulations avec une solution d'eau phéniquée à 3 0/0 dans les hydarthroses chroniques contenant un liquide séreux ou très légèrement purulent est une méthode de traitement utile et inoffensive dans les hydarthroses chroniques, si une rigoureuse antisepsie a été pratiquée.

(1) LABBÉ. *Bulletin Acad. de méd*, page 752 : Le premier : ponction liquide, pas d'indications inj.-phéniquée ; le 2e cas : hydarthrose séreuse ; donc, cas très simples.

Digitized by Google

Doit-elle être toujours et quand même préférée à la teinture d'iode ? Nous ne croyons pas que les assertions que nous avons trouvées dans les travaux que nous avons lus démontrent le danger des injections iodées et leur infériorité à l'acide phénique. On s'est passé de mains en mains les deux cas de mort cités par Gosselin, ou bien on s'est borné à dire que l'injection iodée avait été sans inconvénient, mais sans avantage réel (Labbé, Delens). Nous avons vu que Rinne ne les repousse pas, que Mayer de Munich les conseille dans les synovites fongueuses suppurées.

Cependant, au point de vue du bacille de la tuberculose, l'iode, d'après Sattler (*Dict. encyclop.*, Iode, page 336), viendrait après l'hydrogène sulfuré, l'iodure de mercure et avant le sublimé comme stérilisateur des cultures ; comme destructeur du bacille, il vient après l'hydrogène sulfuré, l'iodure mercurique, le sublimé, l'hélénine, le thymol, mais avant l'acide phénique et l'acide borique ; enfin MM. Hérard et Cornil considèrent l'iode comme un agent anti-bacillaire.

Ranvier a montré depuis longtemps la facilité avec laquelle la substance amorphe du cartilage se laisse pénétrer par l'iode, la facilité avec laquelle la substance albuminoïde enveloppant les cellules s'empare de cet agent pendant que le protoplasma se rétracte.

Max Schede, en 1872 (voir analyse dans *Gazette hebd. médecine et chirurgie*, 1872, page 732) *en analysant les phénomènes histologiques de l'iode à la surface cutanée* (*Arch. für Klin.*, XVe Bund, 1 Heft), demontre que l'iode, différant en cela du nitrate d'argent, de la cantharide, amène une inflammation qui n'aboutit pas à la suppuration. L'iode produit la congestion, l'œdème inflammatoire, l'accumulation des leucocytes en dehors des vaisseaux, la formation de corpuscules conjonctifs nouveaux et parcourent rapidement leur évolution pour disparaître par régression graisseuse

J'ai injecté chez vingt lapins adultes, dans l'articulation du pied et de la jambe, des doses successivement croissantes, d'un côté de teinture d'iode, de l'autre de solution de nitrate d'argent. Je n'ai observé du côté injecté par la teinture d'iode, presque pure, qu'une légère inflammation, rougeur, tuméfaction péri-articulaire, qui se dissipait par le repos au bout de trois à quatre jours, tandis que, dès que j'employai une solution de nitrate d'argent avec parties égales d'eau, l'articulation était atteinte d'une violente inflammation suivie de mortification des parties molles, qui mettait les surfaces articulaires à nu.

A la dose de trois parties de nitrate d'argent pour une partie d'eau distillée, tous les tissus péri-articulaires étaient rapidement et complètement modifiés. Sur une coupe histologique, l'imprégnation par l'iode avait pénétré légèrement la synoviale et les couches superficielles du cartilage.

Le nitrate d'argent avait imprégné presque toute l'épaisseur de la couche de cartilage, les couches superficielles et les couches profondes ostéogènes, en suivant le point où la synoviale se réfléchit du cartilage, sur les ligaments articulaires. La couche osseuse avoisinant le cartilage était marquée par un liseré noir d'oxyde d'argent. Je fus frappé dès cette époque de l'innocuité de l'iode pour les articulations. Lors de la fameuse discussion de l'Académie de médecine sur les injections iodées, Velpeau avait rapporté les faits de Leblanc et Thierry qui, après avoir pratiqué 35 injections iodées chez les chevaux, 15 fois dans les articulations, 7 fois dans les bourses muqueuses, 10 fois dans les gaînes tendineuses et 2 fois dans la plèvre, reconnaissaient qu'elles n'avaient jamais été suivies d'accidents graves. Le plus souvent elles ont produit une guérison complète ; il en est au moins toujours résulté une amélioration manifeste, permettant aux animaux de faire un service auquel ils n'étaient plus propres ; jamais je n'ai eu de récidive. » (*Bulletin Acad. de médecine*, t. XI, page 370).

Krause a publié récemment (traitement de la tuberculose articulaire par les injections iodoformées, par Fedor Krause, premier assistant à la clinique de Halle, *Mercredi Médical*, 1890, n° 2, page 13) un travail où il vante les remarquables résultats des quarante-trois malades atteints de tuberculoses articulaires.

Il fait un lavage à l'eau boriquée à 3 0/0, puis il injecte le mélange suivant à la dose moyenne de 20 à 40 grammes.

Iodoforme finement pulvérisé...	50 gr.
Mucilage de gomme arabique...	23 gr.
Glycérine.....	83 gr.
Eau distillée.....	500 gr.

ou bien de l'iodoforme suspendu dans la glycérine après broiement, de façon à obtenir une solution à 10 0/0. Les injections sont répétées de quatre semaines en quatre semaines. Les résultats obtenus sont bien supérieurs à ceux du sublimé et de l'acide phénique.

Or, l'iodoforme est éliminé à l'état d'iode et d'iodure et dans les cavités où il est abandonné, il se transforme en iode avec lequel il présente de nombreux traits communs par son action sur les tissus vivants (Binz, Hogyes et Rummo), art. iodoforme, *Dict. encyclopédique*, par Eloy, p. 360).

Voici maintenant M. le Dr Popow qui, après avoir fait des expériences dans le service de V. Kouzmine, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Moscou, conclut que le sublimé et l'acide phénique faisant courir le danger d'une intoxication, il a eu recours pour les plaies, les ostéites, les arthrites infectieuses, à des insufflations avec de l'aristol boriqué.

Aristol	40 gr.
Acide borique....	10 gr.

Mélangés dans les tubes à drainage.

Ou bien on irriguait les plaies avec de l'eau iodée, les expériences de M. Martens ayant montré que l'eau iodée à 1/10,000^e tue rapidement les staphylocoques et les streptocoques.

Pour ce qui concerne en particulier les lavages avec l'eau iodée, M. Popow a pu constater qu'en outre de leurs propriétés antiseptiques, ils exercent encore une action astringente, très précieuse, qui se manifeste par l'affaissement rapide des fongosités, ainsi que par l'arrêt des hémorragies capillaires.

Bien que dans les lavages avec l'eau iodée, M. Popow

Digitized by Google

ait toujours trouvé de l'iode dans les urines, il n'a jamais observé de symptômes d'iodisme chez les malades (*Semaine médicale*, 27 mai 1891, p. 106).

Nous ne pousserons pas plus loin notre démonstration pour prouver que l'iode et ses composés constituent des agents dont l'efficacité dans les maladies articulaires n'est pas prêt à être détrônée par l'acide phénique. Est-ce à dire qu'il faudra toujours préférer l'iode à l'acide phénique. Nous pensons, à l'aide des documents cités plus haut, que ce dernier agent est capable de rendre des services dans les hydarthroses chroniques à épanchement faiblement infectieux. Mais quand il s'agit de liquides très infectieux des surfaces articulaires malades, l'iode, l'iodoforme et ses composés doivent être préférés.

La composition de l'injection iodée n'est pas indifférente.

Dans les teintures préparées depuis quelques jours, l'iode s'empare de l'hydrogène, comme on le sait, et forme de l'acide iodhydrique qui est très caustique. Sur la peau cette teinture d'iode produit une véritable vésication et de vives douleurs. Nous croyons donc indispensable de faire préparer deux ou trois heures avant au plus l'injection.

La formule suivante nous a paru très suffisante comme énergie. Elle peut être augmentée ou diminuée suivant la nécessité de modifier plus ou moins profondément les surfaces malades.

Iode.....	0 gr. 25, 0 gr. 50 à 1 gr.
Alcool à 58° centigr.....	20 gr.
Iodure de potassium très pur.	1 gr.
Eau bouillie et filtrée.....	100 gr.

Cette injection doit être poussée doucement dans l'articulation et les culs-de-sacs de la synoviale modérément distendus. Après un séjour de deux ou trois minutes et quelques légères malaxations de l'articulation, elle doit être retirée aussi complètement que possible.

Cette injection est précédée, cela va sans dire, du nettoyage rigoureux, brossage de la peau de l'articulation à ponctionner, lavage à l'éther, puis immobilisation de l'articulation soit à l'aide d'attèles plâtrées, soit dans une gouttière. Jusqu'au moment de la ponction, l'articulation est recouverte de compresses avec :

Eau distillée bouillie...	500 gr.
Acide phénique.....	5 gr.
Sublimé.....	0 gr. 05 centigr.

Le trocart, la seringue aspiratrice qui doivent être utilisés, soigneusement lavés ; trempés dans une solution phéniquée forte, le trocart flambé. Il est important qu'il soit assez gros pour assurer l'évacuation facile et complète du liquide contenu dans l'articulation, même s'il contenait des grumeaux fibrineux ou purulents ou bien si l'injection d'iode précipitait la fibrine contenue dans le liquide. Ces bouchons obturent facilement la canule. Si, après une ou deux aspirations, le bouchon n'est pas dégagé, on peut pousser, dans l'articulation, une solution d'eau bouillie tiède additionnée de borate de soude 5 p. 100. Les bouchons sont divisés, fragmentés et ramenés au dehors.

Toutes les manœuvres terminées, la petite plaie est fermée avec du collodion et l'articulation couverte de compresses d'eau phéniquée et de sublimé indiquées plus haut. Si la synoviale n'a pas été trop distendue par le liquide, si la malaxation de l'articulation a été modérée, si le titre de l'injection iodée injectée n'a pas été trop élevé, si l'injection a été faite quand les phénomènes de l'inflammation aigüe sont tombés, la réaction est généralement peu intense, le pouls, la température n'augmentent pas plus qu'après les injections phéniquées.

A moins de reproduction rapide et considérable du liquide dans l'articulation avec vives douleurs, il ne faut pas revenir à la ponction avant huit ou douze jours; c'est la pratique qu'on suit à peu de chose près pour les ponctions et injections de la plèvre.

Les conclusions de ce travail émises dans ses différentes parties, se résument en un certain nombre de propositions formulées par tous ceux qui se sont occupés de ce sujet :

1° La ponction des articulations est une opération inoffensive, quand elle est pratiquée avec toutes les règles de l'antisepsie.

2° Elle est utile dans les épanchements articulaires séreux chroniques, qui ont résisté aux médications ordinaires, au repos, aux révulsifs, à la compression, au massage; elle est souvent indiquée dans les arthrites infectieuses avec épanchement séreux, sero-purulent, sero-sanguinolent ou purulent ; alors, la ponction doit être le plus souvent accompagnée d'injections modificatrices.

3° Si la ponction d'injection ne suffisait pas, une incision sur le côté externe de l'articulation avec drainage de l'article doit être fait sans retard.

Les indications sont sensiblement les mêmes que celles que suivent les médecins dans la pleurésie purulente.

4° Parmi les substances irritantes dont l'injection a modifié favorablement les surfaces articulaires malades, il faut indiquer la solution phéniquée à 3 ou 5 p. 100 pour les épanchements séreux chroniques et l'iodoforme en suspension dans la glycérine ou la gomme, les solutions alcooliques d'iode et l'eau iodée.

5° Après l'opération, l'articulation doit être immobilisée. A moins de reproduction abondante et rapide du liquide, la ponction ne doit pas être renouvelée avant qu'on se soit assuré que l'épanchement qui s'est reproduit n'a aucune tendance à la résorption.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

DERMATOLOGIE

Le rétinol en dermatologie, par M. Viguer. — Cette préparation rend de bons services en dermatologie par sa puissance dissolvante des divers antiseptiques, salol (1 pour 10), iodol, naphtol et aristol (1 pour 50), camphre (1,20 pour 10), acide chrysopharique et codéine (1 pour 40). et cocaïne (1 pour 30). (*British Journal of dermatology*, mai 1891).

Il est miscible aux graisses, aux huiles, à la lanoline et à la glycérine. Voici des formules à retenir pour son emploi en dermatologie.

Rétinol.....	10 parties
Cire blanche...	4 —
Beurre de cacao	6 —

Digitized by Google

Ou bien :

Rétinol.....	àà 8 parties
Cire blanche...	
Beurre de cacao	6 parties

Ou bien encore :

Rétinol.....	8 parties
Cire blanche...	6 —
Lanoline.....	3 —

Malgré sa prétendue souveraineté thérapeutique, l'emploi du rétinol en dermatologie mérite d'être discuté. En attendant on peut l'essayer quand, hélas! toutes les autres médications seront épuisées. S. R.

Traitement de la dermatite herpétiforme, par M. Duhring. — Trop souvent cette affection est rebelle aux divers agents médicamenteux. M. Duhring considère la forme érytémateuse comme plus rebelle que les formes vesiculeuses ou bulleuses. (*American Journal of the med. sciences*, février 1891).

L'acide borique, l'oxyde de zinc, sont d'un emploi plus vulgaire qu'efficace. L'auteur leur substitue l'emploi des révulsifs et des antiseptiques : acide phénique, soufre, thymol, ichtyol. Il préfère la pommade soufrée contre les formes vesiculeuses ou bulleuses.

Axonge ou lanoline.	30 grammes
Soufre.....	8 —

Dans la forme érythémateuse, il prescrit les préparations de goudron faiblement titrées.

De tous les remèdes internes, un seul n'a donné trop de désappointement : c'est l'arsenic. En même temps, toniques et bonne hygiène physique et morale. N. R.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement du cœur sénile, par M. G. W. Balfour. — Le terme de « cœur sénile » qui comprend beaucoup de symptômes et d'accidents, désigne en résumé un affaiblissement du cœur dû à la dénutrition à laquelle s'ajoutent souvent d'autres symptômes (*Edinburgh méd. Journal*, juin 1891).

Les cas de cœur sénile peuvent être groupées en deux chefs principaux : le premier où le cœur conserve son poids normal, avec dyspnée et battements irréguliers du cœur et accompagnés ou non de symptômes de dilatation cardiaque ; le deuxième le poids du cœur est inférieur au poids normal, où les troubles cardiaques sont des plus douloureux et des plus variés, également avec ou sans symptômes bien nets de dilatation cardiaque.

Les règles diététiques dans tous les cas sont les suivantes : 1° il doit y avoir au moins un intervalle de cinq heures entre chaque repas ; 2° aucun aliment solide, de quelque espèce que ce soit, ne doit être pris entre les repas ; 3° les malades doivent faire leur principal repas au milieu du jour.

Il n'y a pas de cause plus puissante de dilatation du cœur que l'abus des liqueurs et l'usage des narcotiques.

Parmi ces médicaments cardiaques la digitale est le plus puissant comme tonique. L'auteur emploie la teinture de digitale ou les granules de digitaline. Il trouve que la teinture est préférable à l'infusion, sa préparation étant plus uniforme. M. Balfour considère le strophantus comme un énergique stimulant du cœur. De plus, la strophantine étant très soluble dans l'eau, contrairement à la digitaline, on a la facilité de l'employer en injections hipodermiques. On peut employer aussi la strychnine à la dose de deux milligrammes, sans oublier que la strychnine est un poison qui s'accumule. L'arsenic ne doit pas être oublié ; c'est un tonique et un stomachique excellent.

La base du traitement doit être de tonifier le cœur en régularisant les repas et en combattant la tachycardie. Dans les attaques d'angine de poitrine, l'auteur emploie les inhalations de nitrite d'amyle et de pastilles de nitro-glycérine. Il ajoute, conclusion fort sage, que si on peut soulager le malade, il n'existe point de traitement toujours fidèle du cœur sénile.

P. C.

Usage de l'acétanilide dans la bronchite aiguë, par M. F. Grun. — Jusqu'ici le catarrhe bronchique a été regardé comme dû à une inflammation causée par le refroidissement général et indépendante d'une infection spécifique. Dans des crachats de tuberculeux, M. Grün a constaté et isolé un micro-organisme qui, d'après lui, serait la cause de la bronchite (*The Lancet*, 27 juin 1891).

Quand on examine les crachats des malades atteints de bronchite aiguë, on trouve que les matières expectorées consistent en mucus pur, au milieu duquel se rencontrent des globules de pus, des cellules épithéliales, des leucocytes et une matière granuleuse probablement graisseuse. Dans les cellules de pus et autour d'elles, sur les cellules épithéliales, libres au milieu du mucus, on trouve une quantité de bacilles, de forme spéciale et se colorant toujours de la même façon. Ce bacille, deux fois plus long que large, se reproduit probablement par spores. Sa longueur est toujours de deux millièmes de millimètre dans les préparations qui provienneut des crachats.

Dans les cultures, ses caractères morphologiques subissent quelques modifications. Ce bacille est rétréci au centre tout à fait comme le *bacillus fluorescens*. Il se colore avec le violet de gentiane et le bleu de méthyle.

D'après les expériences faites par l'auteur, le thymol, le bichlorure de mercure et l'acétanilide n'en permettent pas la reproduction.

L'acétanilide est le plus inoffensif de ces agents et possède une puissance antiseptique égale à celle du bichlorure de mercure. Le Dr Grün en a obtenu les meilleurs résultats. La maladie était arrêtée en quelques heures, après l'ingestion de l'acétanilide à la dose de quarante centigrammes, répétée trois fois quotidiennement.

P. C.

TOXICOLOGIE

Empoisonnement cocaïnique par l'oreille, par M. Ficano. — Le fait est le suivant : une femme atteinte de bourdonnements d'oreille intolérables, présentait de l'otite avec diminution de l'acuité auditive. L'auteur lui instilla dans le conduit auditif cinq gouttes de la solution de cocaine à cinq pour cent (*Philad. Med. New.* 1891, t. I, p. 247).

Peu d'instants après, on observa du vertige, des nausées, des vomissements et des crampes, phénomènes qui durèrent plusieurs heures et rappelaient les accidents du mal de mer. Malgré la faiblesse de la dose employée, M. Ficano n'a pas hésité à incriminer la cocaine. C'est un motif de plus pour n'en faire usage qu'avec prudence, même en otologie.

K. N.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

De la conduite à tenir dans le traitement de l'angine couenneuse (1)

III. **Médication neutralisante** (*Traitement général*). — Que doit-elle être ? Celle d'un empoisonnement par les toxines.

Jusqu'ici, il est vrai, malgré la richesse apparente de son arsenal, la thérapeutique, pénible aveu, ne dispose point d'un agent antiseptique, susceptible de servir d'antidote au poison diphtéritique. Par contre, elle dispose des moyens d'accroitre la résistance de l'orga-

(1) Fin : voir n° 29, 15 juillet 1891.

Digitized by Google

nisme, de ralentir, sinon de prévenir, la pénétration et l'absorption de ces toxines, enfin de modifier la muqueuse qui sert de terrain d'implantation au bacille diphtérogène et de foyer à l'intoxication ptomaïnique.

Donc, point d'agent spécifique ; c'est vérité banale; mais des moyens indirects de réaliser, en partie, l'antisepsie du milieu antérieur ; c'est dans ce sens que l'on interprétera ces mots: neutralisation du poison et médication neutralisante.

Quels sont ces moyens? Par ordre d'urgence et de puissance: d'abord le *régime* et la *médication tonique;* après et accessoirement, d'une part les *mercuriaux* pour combattre l'infection dans les voies lymphatiques, dont l'adénite est le symptôme, et d'autre part les *balsamiques*, pour modifier la vitalité de la muqueuse pharyngienne.

La *médication tonique*, j'emprunte cette expression aux leçons d'un maître toujours aimé, M. Cadet de Gassicourt (1), « est la médication par excellence. » Elle peut remplacer toutes les autres; sans elle toutes les autres sont inutiles.

L'*alimentation* en est, cela va sans dire, la base.

Quelle doit-elle être? En d'autres termes: *comment doit-on nourrir un malade atteint d'angine couenneuse?* Aussi complètement que possible. Cette réponse est justifiée par ce fait, disait Trousseau, que plus la maladie est grave, plus « grande est la nécessité de nourrir le malade.» On prescrira donc des aliments de préférence très alibiles : viandes de toute nature, surtout rôties et grillées, œufs, lait, légumes, etc., etc.

La diversité dans le *choix des aliments* est une condition de succès. On saura céder, au besoin, au goût et aux caprices du malade. A tout prix, on combattra sa répugnance pour les aliments; on sollicitera son appétit; s'il le faut, on usera de subterfuges.

Il *n'y a jamais aucun danger à suralimenter les diphtéritiques*, même dans les formes d'apparences bénignes; au contraire, le défaut d'appétit, le dégoût pour les aliments, chacun le sait, est un des signes les plus alarmants pour le pronostic.

L'anorexie n'est pas le seul obstacle à l'alimentation. Il y a aussi la dysphagie douloureuse. Contre la première, on a la variété des préparations culinaires et les raffinements gastronomiques ; contre la seconde, on se trouve réduit à prescrire les aliments liquides ou demi-solides : viande hachée, potages épais, pâtés, crèmes, œufs à la coque, chocolat au lait ou à l'eau, jus de viande préparé par décoction à la marmite suédoise ou par expression, etc., etc.

La *ration alimentaire* du malade ne saurait être limitée. Il faut le nourrir copieusement et cette abondance n'a d'autres limites que la nécessité d'éviter les indigestions.

Je rappelle pour mémoire *l'alimentation forcée* par la sonde œsophagienne et l'alimentation complémentaire par les *lavements nutritifs à la peptone* ou au vin de Porto. On en connaît les indications: ce sont des pis-aller.

(1) *Trait. clinique des maladies de l'enfance*, t. III, p. 131.

Il en est autrement à l'usage des alcooliques; vins généreux, y compris le vin de Champagne, rhum, eau-de-vie, etc. Ils diminuent l'adynamie, relèvent les forces, abaissent la température, si elle est trop élevée, en ralentissant les combustions et retardent la dénutrition. Pour vaincre tous les préjugés et justifier l'alcoolisation thérapeutique du diphtéritique, il suffit de se rappeler avec M. Jules Simon, que « la suprême indication est « de relever et de soutenir les forces du malade ».

A quelle dose ordonner les boissons alcooliques? Sur ce point, aucune hésitation : cette quantité peut être relativement considérable même s'il s'agit d'un enfant.

A un diphtéritique de quatre ans, West ordonnait quotidiennement 200 grammes de vin généreux et 30 à 40 grammes de cognac. M. Cadet de Gassicourt fait varier la dose journalière d'eau-de-vie entre 15 et 50 grammes, selon l'âge et l'affaiblissement de l'enfant. Au besoin, on augmentera encore ces doses: l'alcoolisation des diphtéritiques, dans les formes graves, ne doit pas avoir d'autres limites, surtout chez l'adulte, que la menace d'une ivresse commençante ou de troubles digestifs.

On éprouve souvent des difficultés à administrer l'eau de-vie aux enfants. Pour vaincre cette répugnance, on prescrira les préparations culinaires dans lesquelles il entre de l'alcool : gelée au rhum, au vin de Porto ou d'Alicante ; gelée au vin et à l'arow-root ; crême au rhum ou au kirsch, etc., etc.

La suivante, plus usuelle en Angleterre qu'en France, sous le nom d'œufs à l'eau-de-vie, est recommandable. Voici comment je la prescris :

Cognac.....	30 à 50 grammes.
Eau de laurier-cerise.....	V gouttes.
Jaunes d'œufs.....	N° 2.
Sucre pulvérisé.....	20 grammes.

Batire les jaunes d'œufs et le sucre, ajouter le cognac et l'eau de laurier-cerise. A prendre par cuillerées dans la journée.

Comme adjuvants, les *médicaments toniques*: quinquina, café noir, thé, kola.

Comment les prescrire?

Aux diphtéritiques adultes, j'ordonne le quinquina en nature en le véhiculant, selon la méthode de Trousseau, dans une infusion de café noir :

Quinquina jaune pulvérisé.....	1 gramme.

Pour un paquet: à prendre dans une tasse d'infusion de café noir. A répéter deux ou trois fois par jour.

Aux malades, dont le pharynx est moins tolérant ou la dysphagie plus grande, on ordonnera un électuaire :

Quinquina jaune pulvérisé	20 grammes.
Café vert finement pulvérisé	10 —
Sirop de quinquina	q. s.

Pour un électuaire. A un adulte, trois doses quotidiennes représentent, chacune, 1 gramme de poudre de quinquina.

Pour dissimuler aux enfants l'amertume du médicament, on a la banale ressource des sirops et des vins. Pour ma part, j'ai plusieurs fois prescrit avantageusement la potion suivante :

Extrait mou de quinquina.....	50 centigr.
Glycérine.....	q. s.
Sirop de fleurs d'oranger.....	20 grammes.
Décoction de quinquina.....	40 —

Digitized by Google

Ou encore la potion au quinquina et au café :

Extrait mou de quinquina.....	50 centigr.
Glycérine.....	q. s.
Sirop de punch.....	20 grammes.
Infusion de café noir.....	40 —

Pour un enfant de deux ans : en plusieurs prises dans les vingt-quatre heures.

C'est encore à titre d'adjuvant et non comme spécifique que j'ordonne le perchlorure de fer.

L'heure de son emploi est celle du déclin de la maladie et du début de la convalescence. Sa solubilité le recommande : c'est une supériorité. Par contre, son emploi n'est pas exempt d'inconvénients. Il colore en noir la muqueuse bucco-linguale ; sa saveur astringeante répugne ; il peut diminuer l'appétit et, danger plus grave, amener des altérations fonctionnelles et, on dit même, anatomiques de l'estomac.

On doit donc être circonspect dans son administration et au besoin lui substituer d'autres martiaux également solubles : le tartrate ou le citrate de fer en sirops.

Si on le prescrit, on le véhiculera donc toujours dans un volume relativement considérable d'eau pure. On le donnera à la dose quotidienne, variable selon l'âge, de deux à dix gouttes ; on n'oubliera jamais son incompatibilité avec les alcalins et, ommission trop fréquente, avec les eaux minérales alcalines.

Le fer est un médicament du sang, il combat l'anémie : à ce titre, les *inhalations d'oxygène* sont des auxiliaires aussi utiles de la médication tonique. Landowski les recommandait comme un moyen de gagner du temps. C'était une action vraiment trop modeste ; il fait plus, car il agit comme stimulant de la nutrition, médicament d'épargne et hématinique (E. Labbé).

On l'ordonnera non seulement dans la phase asphyxique de la maladie mais dès le but de la période toxique et même avant elle. Les diphtéritiques adultes répéteront plusieurs fois dans la journée les inhalations avec ce gaz lavé dans un flaçon partiellement rempli d'eau.

Pour les enfants on préférera l'usage de l'entonnoir de verre, placé devant l'orifice buccal et dans lequel l'oxygène, venant de petits ballons de caoutchouc garnis d'un ajutage à robinet, se mélange à l'air atmosphérique.

Avec les toniques du sang, les toniques du cœur : kola et caféine, dont la puissance n'est plus contestable après tant de travaux récents. Ils sont ici des médicaments contre la misère physiologique.

Parmi les préparations de kola on a le choix entre les vins et les élixirs, les sirops et les pastilles. J'administre les premiers aux adultes à une dose quotidienne représentant 1 gramme à 1 gramme et demi d'extrait alcoolique au cinquième.

Les sirops et les pastilles conviennent mieux aux enfants. Voici la formule et la dose du sirop de kola au café :

Extrait alcoolique de kola.....	0,10 à 0,20 centigr.
Infusion de café noir.....	45 grammes.
Sirop de sucre.....	15 —

Faire ingérer en deux fois après les deux premiers repas du jour.

On peut remplacer ce sirop par des pastilles :

Kola torréfiée et pulvérisée.....	10 grammes.
Chocolat vanillé.....	60 —
Glycérine.....	q. s.

Pour 60 pastilles semblables.
Dose : Quatre à huit par jour selon l'âge.

A côté de la kola, la caféine. Pour son administration, on adoptera volontiers la voie hypodermique. Mon cher maître et ami, M. Huchard, inutile de le rappeler, a montré, le premier, son efficacité contre le collapsus et l'adynamie.

On comprend leur indication dans l'empoisonnement diphtéritique et devant le refus parfois invincible du malade à ingérer les remèdes.

Enfin, ces circonstances devenant plus pressantes et plus solennelles, on alternera les injections de caféine avec celles de l'éther dont M. Cadet de Gassicourt a obtenu quelques succès à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme chez l'enfant.

Ainsi donc : *alcoolisation, suralimentation et stimulation* de l'organisme, tel est et tel doit être le triple objectif de la médication interne de l'angine couenneuse. Mais ce sont là, dira-t-on, des moyens thérapeutique de la médication symptomatique ? Soit. Il ne s'agit donc pas d'antidotisme pur ? Soit encore. Ce traitement vise moins à diminuer la vitalité du bacille qu'à prévenir ou à combattre l'action nocive des toxines secrétées par lui ou produites à son contact. Oui : mais après tout, n'est-ce point là, d'une autre manière, pratiquer toujours l'antisepsie de la bonne manière ?

J'arrive aux *préparations mercurielles et balsamiques*. Comment et quand les prescrire dans le traitement de l'angine couenneuse ?

L'emploi du mercure dans la diphtérie a eu ses vicissitudes. A l'intérieur on le prescrivait comme altérant, c'était aux beaux jours de la théorie antiphlogistique et de la doctrine de l'angine couenneuse d'origine purement inflammatoire. Plus récemment, la mercurialisation des diphtéritiques pouvait s'expliquer et s'excuser : Lœffler venait de découvrir le bacille qui porte son nom ; ce bacille était tout, pensait-t-on ; dans la pathogénie de la maladie, on ignorait le rôle et l'existence des toxines. La mercuralisation pouvait passer pour un procédé, bon ou mauvais, d'antisepsie du milieu intérieur (1).

Aujourd'hui, ce prétexte et cette excuse n'existent plus. Son action thérapeutique, parfois heureuse, Trousseau lui même l'a déclaré, serait-elle celle d'un neutralisant du poison bacillaire ?

Inutile d'ouvrir à nouveau le procès de la mercurialisation des diphtéritiques et de solliciter la revision du jugement qui a été porté contre cette médication. On ne saurait nier la débilitation de l'organisme et les troubles digestifs consécutifs à l'administration excessive des mercuriaux dans l'angine couenneuse.

Comme topique parasiticide, on l'a vu plus haut, son efficacité est certaine, malgré les difficultés de son emploi, que la pharmocologie contemporaine n'a pas encore vaincues.

(1) Ch. Eloy. — Les mercuriaux dans la diphtérie. (*Gaz. Hebd. de méd.* 24 juin 1887.)

Digitized by Google

Que cette action soit celle d'un altérant, d'un fondant ou d'un neutralisant, peu importe ; les faits cliniques démontrent l'utilité des onctions mercurielles contre les engorgements ganglionnaires spécifiques de l'angine couenneuse. Cela suffit.

On prescrira donc des *onctions mercurielles* dès le début de l'adénite spécifique : on les continuera quotidiennement, les espaçant, les cessant au besoin dès l'apparition de la salivation.

Malgré ses inconvénients bien connus, le topique mercuriel de choix est l'onguent gris classique (pommade mercurielle faible du codex) ; on l'emploiera à dose quotidienne de un gramme pour l'enfant, et deux à trois grammes pour l'adulte.

J'arrive aux *préparations balsamiques*, — pour un moment on en a fait des spécifiques, — le cubèbe (Beron Trudeau), et le benzoate de soude (Letzerich). Le premier comme anti-catharral ; le second à ce titre aussi comme agent d'antisepsie générale, ont acquis naguère une renommée aujourd'hui compromise.

Leur emploi est-il inutile? Non, ce sont des médicaments modificateurs des muqueuses.

On les prescrira donc à une période tardive de la maladie, quand le voile pseudo-membraneux, devenu moins épais, tarde à disparaître dans les formes prolongées de la maladie ou quand la sécrétion catarrhale est excessive.

Le cubèbe en potion, est d'administration difficile ; comme un maître vénéré, M. Henri Roger, l'écrivait en 1877 ; « c'est en vain que l'on enduit de miel les bords du vase, l'enfant rebelle refuse invinciblement l'amer breuvage. »

On préférera alors l'oléo-saccharure de cubèbe, en capsules ou en cachets ainsi préparés :

Saccharure de cubèbe..... 10 grammes.
F s. a. pour 15 cachets.
Deux à cinq par jour suivant l'âge.

On surveillera attentivement les fonctions digestives et rénales; la diarrhée et la congestion rénale sont les inconvénients de l'administration prolongée du cubèbe.

Le benzoate de soude est mieux accepté des malades et les potions, imitées de celles de Letzerich, sont de facile administration.

Benzoate de soude..... 5 à 15 grammes.
Eau distillée ..... 80 grammes.
Sirop d'orange ..... 20 grammes.

Par cuillerées, la dose quotidienne de benzoate variant de 2 à 5 grammes pour l'enfant et de 8 à 15 grammes pour l'adulte.

Cubèbe ou benzoate de soude, celui-ci, moins que celui-là ; ces médicaments balsamiques troublent la digestion, agissent sur les reins et diminuent surtout l'appétit. Ce sont de graves inconvénients ; faut-il passer outre?

Cette conduite peut être celle d'un thérapeutiste bien intentionné, les avantages obtenus n'en compensent guère les inconvénients. Le benzoate, le cubèbe et même les injections hypodermiques de créosote, d'un emploi plus récent, seront donc réservés à quelques cas seulement; ce sont des médications et des médicaments d'exception.

Voilà donc ce que l'on peut faire. Que faut-il éviter? Les remèdes qui provoquent des troubles gastro-intestinaux et conduisent à l'adynamie ; le jaborandi et la pilocarpine ; le chlorate de potasse qui est toxique à doses répétées, le sulfure de potasse, les hyposulfites alcalins, l'émétique, etc.

Un vomitif est-il nécessaire? On choisira l'ipécacuanha. Faut-il vaincre la constipation et provoquer des évacuations alvines? On adoptera un médicament à la fois purgatif et antiseptique : le salicylate de magnésie, par exemple ; bref, c'est toujours vers la médication tonique qu'il faut s'orienter. S'attarder à d'autres traitements c'est perdre un temps précieux et abandonner une proie pour son ombre. Un tiens, on le dit comme cela, même en thérapeutique, ne vaut-il pas mieux que deux tu l'auras?

Je résume ainsi les règles du traitement interne de cette affection.

ORDONNANCE III. — *Diphtérie pharyngée avec intoxication de forme moyenne ou grave.*

1° Régime réparateur et substantiel. Suralimentation.

La déglutition est facile? Aliments solides. Il y a de la dysphagie? Aliments demi-solides ou liquides. Dans tous les cas, solliciter l'appétit par le choix et la variété des aliments : à tout prix, prévenir l'anorexie Comme pis-aller : lavements nutritifs à la peptone.

2° Alcoolisation thérapeutique du diphtéritique. Vins généreux : Champagne, Xérès, Porto, Malaga, etc. (60 à 90 gr. par jour dans la première enfance ; 100 à 200 gr. à un âge plus avancé). Eau-de-vie, rhum, sous forme de grogs ou de potions et à doses élevées ; chez l'enfant, 30, 90 et même 150 grammes par jour (Jacobi). Bière, etc.. etc. Café, thé.

3° Toniques : quinquina, kola, caféine, sous toutes les formes. Perchlorure de fer au besoin, comme tonique du sang.

4° Moyens médicamenteux accessoires ; contre l'adénite spécifique : onctions mercurielles prudemment maniées ; comme modificateurs de la muqueuse : cubèbe ou benzoate de soude.

5° Point de médications systématiques. Proscriptions absolues des prétendus spécifiques et des remèdes hyposthénisants, débilitants ou perturbateurs de l'emonction rénale ou des fonctions gastro-intestinales.

IV. **Traitement hygiénique.** — Ses indications sont multiples. Toutes s'imposent avec une égale urgence pour la guérison du malade et la préservation de son entourage.

Les germes de la diphtérie sont transmissibles directement ; contre la transmission directe, on dispose de l'*isolement* et des *parasiticides*. De plus, ils sont transmettables : la *désinfection* du milieu malade du personnel et du matériel est donc nécessaire. Enfin, la vitalité du bacille et sa résistance sont extrêmes. Sevestre, Grancher, Worms, Grellet (d'Alger), Bard en ont donné la preuve (1). Ce *sommeil des germes* (Trousseau) est long, on n'oubliera point d'en informer l'entourage du malade.

Comment donner satisfaction aux indications du traitement hygiénique pendant la maladie et après la maladie?

Pendant la maladie (hygiène du diphtéritique), l'isolement sera absolu. S'agit-il d'un suspect, c'est-à-dire d'un enfant ayant été en contact dans sa famille ou

(1) SEVESTRE, *Revue générale de clinique et de thérapeutique* 1889, nos 24 et suivants. — BARD : *Lyon Médical* 1889, n° 6.

Digitized by Google

ailleurs avec une personne atteinte d'angine couenneuse? On le maintiendra éloigné des autres enfants pendant quatre, huit, dix jours, un mois même, si on a des doutes, car nous ignorons la durée exacte de l'incubation. Ce sera une sorte de quarantaine : l'*isolement de suspicion*.

Le diagnostic est-il établi? On pratiquera l'*isolement de nécessité* qui s'étend à la fois au malade et à ceux qui l'approchent pour lui donner des soins.

Ce malade séjournera, dès lors, dans une *chambre aérée*, dépourvue autant que possible de tenture et de tapis et maintenue à une température de 15 à 16 degrés. Le défaut de ventilation n'est-il pas redoutable dans une maladie où l'anémie est la règle. Les variations de température ne sont-elles pas aussi funestes, en augmentant la susceptibilité de la muqueuse des voies aériennes? Aération et constance de température, il faut savoir concilier ces deux nécessités l'une avec l'autre.

De plus l'*atmosphère* sera *humidifiée* et rendue *antiseptique*. En plus des pulvérisations et des vaporisations, agents médicamenteux du traitement externe, je conseille volontiers de charger de temps en temps, l'atmosphère d'une poussière à la fois humide et antiseptique au moyen du pulvérisateur de Lucas Championnière et de la solution recommandée par M. Sevestre.

Thymol.....	5	grammes
Phénol.....	20	—
Alcool.....	100	—
Eau.....	875	—

Le *repos au lit* est indiqué ; point de fatigue inutile, il faut ménager les forces du malade. Pas de grands mouvements; n'a-t-on pas vu parfois une syncope les suivre ?

De même le *repos du larynx;* point d'efforts de voix; il faut éviter l'irritation de la muqueuse et l'ouverture d'une porte d'entrée au bacille se propageant du pharynx vers le larynx.

On respectera le *sommeil* : « cordial » excellent, disait Locke, que la nature donne chaque jour à l'homme. On le favorisera même dans l'intervalle des pansements et des repas.

La *propreté* du malade sera sévère.

On réalisera, autant que possible, la *désinfection du tégument externe*; pour la toilette des mains, du visage, des cheveux et du corps, on emploiera des liquides antiseptiques, eau boriquée, solutions faibles de sublimé, eau thymolée, eau coupée de vinaigre de Pennès, etc. Ces lotions seront tièdes, mais répétées. Avec ces précautions on évitera les refroidissements intempestifs et les obsessions des familles, toujours dociles à obéir aux préjugés.

La *désinfection des matières vomies*, des crachats ou des déjections sera obtenue en les arrosant d'une solution chaude de sulfate de zinc à 1 pour 100, de sulfate de cuivre à 5 pour 100, ou mieux d'acide sulfurique à 5 pour 100

Souillé ou non, le linge de corps et de lit du malade, seront, dès qu'on le changera, immergés sans retard dans l'eau bouillante et y séjourneront une demi-heure, au moins, avant d'être envoyés à la lessive. Après la *désinfection du linge*, celle des objets à l'usage des diphtéritiques : verres, tasses, assiettes, etc., etc. On l'obtiendra par le séjour dans l'eau bouillante.

Le *nettoyage* de la chambre sera *antiseptique*. Avant de procéder au balayage du parquet et à l'époussetage des meubles ou des murailles, on préviendra le soulèvement de la poussière, par le passage à leur surface d'un linge rendu humide par son immersion dans une solution de sublimé.

L'*entourage* du malade s'astreindra aux précautions antiseptiques. On limitera au juste nécessaire les personnes qui le composent. Parmi elles, on surveillera attentivement les maux de gorges et on les éloignera dès l'apparition d'un symptôme d'origine de stomatite ou de coryza, même simplement inflammatoire.

Les garde-malades éviteront les plaies, les crevasses et les écorchures de la main ou du visage. Existe-t-il une solution de continuité du tégument externe? On la recouvrira, quelque petite qu'elle soit, de collodion salolé ou iodoformé après un lavage au sublimé.

L'alimentation des garde-malades sera abondante (1). Chaque jour, elles feront une promenade au grand air, mais en se préservant du froid humide.

Avant de quitter la chambre du malade et après chaque pansement, elles feront une toilette antiseptique des mains et, au besoin, du visage. Le savonnage des mains sera pratiqué avec la brosse et suivi d'une lotion avec la solution de sublimé aux deux millièmes :

Sublimé.....	ãã	2	grammes
Chlorure de sodium....			
Eau.....		1000	—

Plus faible, cette même solution servira aux lotions sur le visage.

Les lavages de sublimé ont l'inconvénient, par leur usage répété, d'altérer la peau et de rendre les ongles fragiles : on y remédiera par des onctions avec la glycérine ou la vaseline boriquées.

4° *Après la maladie*, on exigera les mesures suivantes de désinfection. L'entourage du malade se fatigue ; l'isolement a toujours été trop long au gré de l'affection ou des intérêts de la famille. C'est, pour le médecin, l'heure de redoubler de vigilance.

La désinfection du malade s'obtiendra par des lotions avec la solution de sublimé à 1 pour 2000, ou mieux par la balnéation. On prescrira donc un bain tiède dans lequel on savonnera le convalescent avec deux à trois cents grammes de savon noir. Dans le cas où ce bain paraîtrait insuffisant, on donnera satisfaction à ces scrupules sanitaires, par l'administration consécutive d'un bain sulfureux.

La *désinfection* des objets mobiliers : literie, tentures, meubles, vêtements, est réalisée par l'étuvage dans la vapeur sous pression. Mais les étuves à vapeur n'existent point dans toutes les localités : on en est réduit au soufrage, ou, moyen plus primitif encore, à l'exposition des objets susceptibles de supporter une température

(1) Voir, à ce sujet, un intéressant rapport de M. Descroizilles à la *Société Médicale des Hôpitaux* en 1881.

Digitized by Google

élevée, à la chaleur d'un four, où on a placé des vases remplis d'eau.

La désinfection de la chambre du malade sera pratiquée avec le spray au sublimé obtenu au moyen de pulvérisateurs puissants et continué pendant plusieurs heures. Ailleurs, là où cette instrumentation spéciale manque, on a la ressource de l'acide sulfureux dégagé par la combustion des bougies de soufre à raison de 40 grammes de métalloïde pour chaque mètre cube de capacité.

Mais, que l'on adopte l'un ou bien l'autre de ces procédés, on exigera que, durant vingt-quatre heures au moins, la chambre demeure hermétiquement close. Après ce délai, je fais compléter l'assainissement par une aération diurne et nocturne, continuée pendant une semaine, et par le nettoyage du plafond, du parquet et des murailles.

Une remarque terminale : elle est plus professionnelle que clinique ; dans le traitement externe, général ou hygiénique, de l'angine couenneuse, la vigilance du praticien bien avisé ne négligera aucun détail, fût-il, en apparence, très secondaire. C'est une minutie dont on sourit ! Qu'importe, surtout quand il s'agit de diphtérie, le malade accuse et accusera parfois son médecin de pécher par défaut de vigilance, jamais il ne lui reproche de pécher par excès.

CH. ELOY.

REVUE DES LIVRES

Etude sur les cysticerques en grappe de l'encéphale et de la moelle chez l'homme, par MM. les Drs BITOT et SABRAZÈS (O. Doin, 1891, Paris).

Deux choses principales à noter dans ce mémoire :

1° L'existence des cysticerques dans les centres nerveux ;

2° La configuration spéciale de la vésicule caudale.

Comme corps étrangers des centres nerveux, les cysticerques sont capables de faire naître tous les symptômes d'irritation ou de destruction, convulsions, épilepsie jacksonnienne ou paralysie. Ces symptômes à caractères variables selon la localisation et les dégâts produits, fugaces même lorsqu'ils sont d'origine irritative, apparaissant chez des malades indemnes de tout antécédent morbide, doivent faire penser au parasite. La réalité de son existence se base sur vingt observations réunies par les auteurs.

La forme en grappe ou plus exactement les bosselures multiples de la vésicule caudale du cysticercus cellulosæ ne doit pas en faire un organisme spécial, le faire confondre avec des individus multiples, comme dans les échinocoques ou les cœnures. Le pronostic s'assombrit par suite des terminaisons souvent fatales et un traitement impuissant. La prophylaxie seule, celle du tœnia solium (viande de bœuf bien cuite) a seule une action.

H. G.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

MALADIES DES ENFANTS

I. **La médication acide de la dyspepsie des nourissons.** — Comme la médication alcaline, celle-ci n'est point motivée sur la connaissance exacte, chez l'enfant, de l'hyperpepsie ou de l'hypopepsie. Elle est seulement justifiée par les faits ; c'est donc à l'heure actuelle une médication empirique.

Elle aurait pour objectif de rendre le contenu stomacal plus acide et de faciliter la congulation du lait dans l'estomac. Cette coagulation est normale : ce fait physiologique sert d'argument en faveur de leur opinion aux partisans de cette médication.

Ils prescrivent donc, soit l'acide lactique, soit l'acide chlorhydrique. Il vaut mieux les associer l'un avec l'autre :

Acide chlorydrique . . .	2	grammes.
Eau	98	—
Sirop simple	75	—

Dose : une cuillerée à café un quart d'heure au moins après la tétée.

L'acide lactique s'ordonne sous la même forme et à la même dose.

Dans la formule suivante on mélange l'acide lactique à l'acide chlorhydrique.

Acide lactique . . . . } Acide chlorhydrique . . }	ãã 1	gramme.
Eau.	98	grammes.
Sirop simple.	75	—

Même dose.

En même temps, faire usage du lait bouilli, ou, mieux, stérilisé.

Dans le cas de diarrhée, il est utile d'adjoindre à l'acide lactique quelques gouttes d'élixir parégorique dans une potion comme la suivante :

Acide lactique.	2	grammes.
Eau	98	—
Sirop de fleurs d'oranger.	50	—
Elixir parégorique. . .	X	gouttes.

A prendre dans les vingt-quatre heures et continuer jusqu'à cessation de la diarrhée.

STOMATOLOGIE

II. **Collutoire contre la gingivite chronique.** — Il convient aussi dans les cas de carie dentaire, et consiste dans le mélange d'agents, salol, chloral, acide borique ou thymol, dont l'association augmente la puissance antiseptique.

Hydrate de chloral. . . } Salol . . . . . }	ãã 2	grammes.
Alcool	q. s.	pour dissoudre.
Eau bouillie.	250	grammes.

M. Viau ajoute, de plus, quatre grammes de chloroforme à cette formule.

Ou bien :

Salol	1	gramme.
Acide borique	12	—
Alcool	15	—
Eau bouillie	300	—

Ou bien encore :

Acide thymique.	50	centigr.
Alcool.	10	grammes.
Eau bouillie	300	—

N. D.

Digitized by Google

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES FRANÇAISES

MONTPELLIER. **Société de médecine et de chirurgie pratiques** (3 juin 1891.) — I. *Accidents tétaniques d'origine équine.* — SAINT-ÉTIENNE. **Société de médecine** (mai 1891). — II. *Des hygromas aigus multiples d'origine rhumatismale.*

I. **Accidents tétaniques d'origine équine.** — La théorie équine du tétanos est encore discutée, malgré les débats académiques de l'année dernière et les efforts des avocats qui plaident sa cause. Le fait, souvent observé par M. ESPAGNE, n'est point de nature à faire disparaître les doutes et semble, par le succès du traitement, plutôt confirmer l'opinion des adversaires de l'origine microbienne du tétanos.

Un équarisseur, âgé de 16 ans, éprouve, après avoir manipulé les dépouilles de chevaux tétaniques, de la roideur du tronc, qui est en orthotétanos, du trismus, et en même temps des douleurs musculaires dans les bras et les jambes. La langue, difficile à apercevoir entre les arcades dentaires, est saburrale et chargée d'ulcérations. On songe donc au tétanos et, avec difficulté, on fait ingérer au malade trois grammes de bromure de potassium en potion. En même temps, frictions iodurées et belladonées sur les régions temporo-maxillaires.

Malgré l'atténuation des symptômes pendant les neuf jours suivants, on emploie successivement la morphine, le chloral, l'éther, le chloroforme, des laxatifs, etc., etc. L'amélioration se produit lentement; toutefois, on peut faire digérer des aliments légers.

A la suite d'une éruption papuleuse directe, on met le malade dans un bain tiède durant une heure et, dès ce moment, l'orthotétanos disparaît. Le trismus devient moindre après l'application d'un vésicatoire sur chaque région masseterine. Bref, on a employé les armes usuelles de la thérapeutique la plus classique.

Cette observation montre bien les difficultés de la question du tétanos d'origine équine. Ici, on n'avait trouvé aucune plaie servant de porte d'entrée au microbe, la fièvre avait été modérée et il existait des antécédents d'hérédité rhumatismale. Par contre, la profession exercée par le malade pouvait légitimement faire soupçonner le tétanos. Bref, malgré la théorie équine, on le voit, les difficultés de reconnaître cette maladie ne sont pas moindres, surtout dans des cas où la médication par les antispasmodiques semble efficace.

II. **Des hygromas aigus multiples.** — D'ordinaire, quand le rhumatisme se localise sur une bourse séreuse sous-cutanée, c'est isolément, Les cas d'hygromas aigus multiples sont donc rares. M. Terrillon, et, avant lui, Gosselin et Tradelenburg, avaient noté des hygromas aigus multiples de la bourse prétibiale. M. FLEURY vient d'en signaler sur les bourses olécraniennes et prérotuliennes.

Le fait clinique est intéressant.

Le malade, âgé de 43 ans, éprouve des douleurs rhumatismales dans diverses articulations, puis, après quelques jours et un refroidissement, une poussée inflammatoire sur la bourse olécranienne et la bourse prérotulienne.

Il s'agissait d'hygromas qui résistent aux diverses médications: salicylates alcalins, iodure de potassium, etc. La douleur se calma, mais la résorption de l'épanchement demanda deux mois environ. Il resta une saillie de la peau avec induration au niveau des bourses séreuses ainsi enflammées.

Sur la nature de l'affection, point de doute. Relativement à son étiologie, c'est différent : il ne s'agissait point d'hygromas traumatiques ou bien professionnels, et les myalgies du début autorisaient à songer au rhumatisme. Pour ce motif, M. Fleury a donc adopté cette opinion, justifiée par la marche de la maladie et par ses localisations. Ce fait mérite d'être rapporté et est de ceux dont on tiendra compte dans le diagnostic des hygromas de diverses causes. N. D.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 15 juin 1891.
Présidence de M. le Dr DESCROIZILLES

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté. La correspondance imprimée comprend :

Une *Etude sur l'action physiologique des eaux du Mont-Dore par le Dr Elie Percepied, du Mont-Dore.*

La correspondance manuscrite comprend : une circulaire de l'*Association des Sciences*, invitant la Société à se faire représenter à la session de Marseille.

M. le Président fait part à la Société du deuil cruel qui vient de frapper son président honoraire, M. Henri Huchard, dans la personne de sa fille. Il exprime les regrets que cette perte cause à tous ses collègues et la part qu'ils prennent à cette douloureuse épreuve.

M. POTHERAT fait une communication sur le *Traitement palliatif du cancer du col de l'utérus* (Voir : p. 461)

M. PIERRE VIGIER fait une communication sur un *nouveau procédé d'injection sous-cutanée du lactate de quinine.* (V. p. 420.)

M. JULLIARD demande quelques explications auxquelles M. Vigier répond en reprenant les détails de technique de sa préparation.

M. PIERRE VIGIER présente ensuite un papier préparé au sublimé par le Dr Calme, papier permettant d'obtenir rapidement une solution de sublimé ; il fait connaître le mode de préparation de ce papier avec ses avantages au point de vue pratique.

M. BLOCQ lit une *note sur l'automatisme comitial ambulatoire* (V. p. 469.)

M. JULLIARD fait une communication sur l'association du *sulfate de spartéine* et de *l'iodure de sodium* (V. p. 406.)

M. PIERRE VIGIER. Quand on emploie des sels nettement titrés, il vaut mieux ne pas les associer, les donner isolément aux malades. Il est très difficile d'avoir des sels purs, il faut donc éviter de les associer si l'on veut être certain de donner la dose prescrite.

A ce propos, je vous signale une révolution qui est sur le point de se faire dans le codex francais, et qui permettra d'être certain de la quantité de substances prescrite; c'est l'emploi des *extraits fluides* qui jusqu'ici n'est pas entré dans nos mœurs. Il faut engager les médecins à s'en tenir à des substances uniques et à ne pas associer les substances, car alors, on a des précipités.

M. JULLIARD. Cette conclusion de M. P. Vigier est conforme à celle que je donne à ma communication; ainsi, pour en revenir à l'association du sulfate de *spartéine* et de l'iodure, j'ai tourné la difficulté en donnant isolément l'*iodure* et le *sulfate de spartéine.*

Quant aux extraits fluides, il faut distinguer ceux par exemple qui servent à fabriquer les sirops, on a raison de ne pas les employer; les extraits fluides dont parle M. Vigier sont tout différents. Dr E. POTHERAT

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 juillet 1891
Présidence de M. le Dr TERRIER

Extirpation des anévrysmes artério-veineux. M. RECLUS — M, Monod (de Bordeaux) a envoyé une observation d'anévrysme artério-veineux heureusement traité par l'extirpation de la tumeur. Cette opération qui tend de plus en plus à remplacer les anciennes méthodes, a été faite dans les conditions suivantes. Un jeune homme de 28 ans reçoit sur le mollet gauche un coup de couteau, qui donna lieu à une hémorrhagie assez abondante. La plaie fut immédiatement pansée suivant les

Digitized by Google

règles de l'antisepsie. Le pansement fut levé au bout de quinze jours; on constata alors tous les signes d'un anévrysme artério-veineux, qui ne tarda pas à gêner la marche et à déterminer des douleurs profondes. Au bout de six semaines, M. Monod essaya la cure de cet anévrysme par la compression méthodique. Ce traitement fut fait pendant onze jours, mais l'exacerbation des douleurs empêcha de le supporter pendant plus longtemps. — Le résultat était nul. — C'est alors que M. Monod, après avoir endormi le malade, pratiqua la dissection et l'extirpation de la tumeur en liant les artères au fur et à mesure qu'elles donnaient du sang; quinze jours après l'opéré était radicalement guéri.

M. Reclus regarde la compression comme inutile dans la moitié des cas d'anevrysme artério-veineux, elle est très-douloureuse et quelquefois même dangeureuse. Un traitement chirurgicale plus efficace doit-être appliqué dans tous les cas. Quand le sac a de petites dimensions, on peut se borner à lier l'artère au-dessus et au-dessous de la poche. Mais quand celle-ci reçoit en outre des collatérales importantes, on doit toujours en pratiquer l'extirpation.

Laparotomie exploratrice dans les plaies pénétrantes de l'abdomen. — M. Terrier a adopté pour ligne de conduite de faire toujours la laparotomie médiane, lorsqu il se trouve en présence d'une plaie pénétrante de l'abdomon récente, en l'absence même de signes de péritonite. L'observation suivante qu'il rapporte montre le peu de gravité de cette intervention lorsqu'elle est faite suivant les règles de la nouvelle chirurgie. Un homme venant de recevoir un coup de couteau dans l'hypocondre gauche, est apporté le 25 mai dernier à quatre heures du matin à l'hôpital Bichat. La plaie est désinfectée par l'interne de garde, qui fait un pansement iodoformé. A la visite du matin, le blessé présentait un léger ballonnement du ventre, sans fièvre ni aucun signe de réaction péritonique. M. Terrier après avoir sondé la plaie avec un stylet aseptique constata que celle-ci pénétrait dans le ventre; séance tenante, il fit la laparotomie médiane, pour rechercher s'il n'existait pas de lésions des viscères. Il n'existait pas d'épanchement dans le péritoine; tout l'intestin grêle et une partie du gros intestin successivements déroulés furent trouvés sains, l'estomac était indemne. L'orifice interne de la plaie fut nettoyé et le ventre refermé. L'opération avait duré 40 minutes. Les suites en furent extrêmement simples, et quinze jours après le blessé sortait guéri de l'hopital.

Déjà, en 1863, Chassaignac avait l'habitude d'explorer les plaies de l'abdomen avec un stylet pour en connaître le degré de pénétration; il trempait au préalable son stylet dans une solution de nitrate d'argent, faisant ainsi de l'antisepsie sans le savoir. Cette pratique a été depuis condamnée par les chirurgiens. Les découvertes de l'antisepsie et de l'asepsie ont permis de refaire ces explorations avec l'innocuité la plus complète et au grand bénéfice des blessés. L'observation précédente montre encore que la laparotomie immédiate peut être faite sans danger; lorsque les faits de ce genre seront plue nombreux, cette opération deviendra une pratique courante dans le traitement des plaies de l'abdomen.

Elections. — MM. Boursier et Monod (de Bordeaux), Boiffin (de Nantes) et Schmidt (médecin militaire) sont nommés correspondants nationaux.

H. M.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 juillet 1891

Présidence de M. le Dr Labbé.

De la présence de la tuberculine dans le liquide des épanchements pleurétiques tuberculeux. — M. Debove. On e rappelle que M. Debove a déjà constaté la présence de la tuberculose dans le liquide ascitique de la péritonite tuberculeuse. Les recherches étaient faites chez un malade atteint de lupus, de tuberculose pulmonaire et de tuberculose osseuse Le lupus fut modifié d'une manière favorable par les injections; il importait donc de les continuer afin d'améliorer les autres lésions tuberculeuses. Toutefois, une circonstance fortuite permit de pousser plus loin ces recherches. En l'absence de liquide ascitique, les tentatives furent faites avec du liquide provenant de pleurésie tuberculeuse; elles n'exposaient le malade à aucun accident, en raison de la petite quantité de liquide injecté et du soin que l'on prenait à le stériliser.

Le 7 mai, injection sous la peau de la cuisse gauche de dix centimètres cubes d'un liquide de pleurésie séreuse et tuberculeuse, stérilisé par filtration sur un filtre Pasteur.

La nature de l'épanchement fut vérifiée par injections à des cobayes, qui devinrent tuberculeux.

Après l'injection, la température, qui était toujours normale, s'éleva de un degré. La rougeur du lupus augmenta; il devint le siège d'un exsudat liquide qui se concréta bientôt en une croûte noirâtre. Il y eut donc une double réaction générale et locale.

Le 10 mai, on injecte vingt centimètres cubes. La température s'élève à 40°; on note une congestion de moyenne intensité aux sommets, qui dure trois jours, et une exsudation plus abondante sur le lupus.

Le 14 mai, l'injection est faite avec le même liquide soumis à l'ébullition et filtré. Les réactions locale et générale sont beaucoup moins vives.

Le 2 juin, injection de dix centimètres cubes d'un liquide stérilisé par le chauffage discontinu. Les réactions sont beaucoup plus actives que dans le cas précédent; ascension de la température, qui monte à 39° 9, dyspnée vive, congestion aux deux sommets.

Par contre, les injections de liquide ascitique pris chez un cardiaque n'ont donné aucun résultat. Il en a été de même des injections faites sur des sujets sains avec des liquides de provenance tuberculeuse.

Ces expériences montrent donc qu'il existe dans les exsudats tuberculeux une substance analogue à la tuberculine de Koch, produite par la sécrétion des bacilles, et ne déterminant de réaction que chez les tuberculeux. Au point de vue thérapeutique, elle détermine d'abord une réaction locale favorable sur les lupus; mais cette amélioration ne persiste pas et cesse dès que l'on suspend les injections. Peut-être obtiendrait-on des effets plus durables en augmentant les doses, mais de pareilles recherches ne devront êtes faites qu'avec une extrême prudence.

Ictère hématique par hémoglobinémie. M. Hayem. — Un homme de 40 ans, déchargeur, entre le 22 juin dernier dans son service. A 19 ans, il fit une chûte dans un puits, à la suite de laquelle il parait avoir eu une néphrite aiguë. Cet homme excerce un métier fort pénible et est soumis à un surmenage incessant. A son entrée à l'hôpital, il était très-abattu, prostré, fébricitant. T. 38°5; la langue était sèche, jaunâtre, il avait l'aspect typhique. Les tissus présentaient une coloration ictérique rappelant celle du sérum sanguin, De plus, il était atteint de céphalalgie, de raideur de la nuque, de diarrhée. Foie normal, rate hypertrophiée, pouls à 120, irrégulier, de même que le rythme cardiaque; urines rouges, abondantes, contenant de l'albumine et de l'urobiline.

Le 26 juin, il rend quatre litres d'urines, puis le lendemain les mouvements du cœur se régularisent, la température s'abaisse, la diarrhé diminue, l'état général s'améliore.

Le 29, il demande à manger, la teinte ictérique décroit, la diurèse reste abondante (2 litres d'urine) albuminurie légère intermittente, bruit de galop à la pointe du cœur.

Les analyses de l'urine ont montré qu'il s'est fait une décharge

Digitized by Google

considérable d'urée (51 gr.) au moment de la défervescence le 26 juin.

L'examen du sang indique une anémie au 3e degré ; le sérum était laqué d'un rouge cerise contenant de l'oxy-hémoglobine, de l'urobiline, mais pas de pigment biliaire.

En résumé, chez un homme atteint de néphrite interstitielle depuis plusieurs années, s'était développée, sous l'influence du surmenage, une fièvre rappelant l'état typhoïde, Il y avait eu une véritable auto-intoxication par rétention dans le sang des produits de désagrégation cellulaire, intoxication rendue plus facile par les altérations des reins.

Diabète insipide chez un hystérique. — M. Mathieu rapporte l'observation d'un homme qui, à la suite de libations copieuses et prolongées pendant trois jours, présenta tous les symptômes du diabète insipide. Recueilli d'abord dans le service de M. Feréol, il urina jusqu'à 13 litres par jour. Actuellement il rend 5 à 7 litres d'urine par jour, pas de sucre, pas d'azoturie (25 à 30 gr. d'urée, pas de phosphaturie (2 gr. 50 de phosphates). Cet homme présente de plus des stigmates certains d'hystérie. Ce diabète a débuté il y a trois ans, pour ainsi dire, sous l'influence d'un choc par excès de boisson. Il est permis de penser que cette intoxication a mis en jeu l'hystérie et de considérer le diabète insipide comme une fonction d'hystérie.

Dr H. Marcigney.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 juillet 1891

Présidence de M. le Dr Tarnier.

Avant que M. Koch ait fait connaître ses travaux, M. Babès (de Bucharest) avait déposé un pli cacheté, qui renfermait ses recherches sur l'action des solutions, dans la glycérine, de culture de la tuberculose des poules. Il a réussi, dans un certain nombre de cas, à arrêter le processus tuberculeux chez le cobaye infecté par la tuberculose humaine.

Des sels de strontiane. — Dans la dernière séance, après la communication de M. Laborde, M. A. Gautier avait paru incriminer deux professeurs de province et les accuser de faire de leurs travaux un objet de commerce. MM. Gaillon et Carles (de Bordeaux) écrivent pour protester contre une pareille insinuation. Ils mettent M. Gautier au défi d'apporter une preuve à ses accusations qu'ils qualifient de calomnieuses. Ils lui ont écrit pour le prier de rectifier ses paroles, mais n'ayant pas reçu de réponse, ils s'adressent directement à l'Académie.

M. Riche ne croit pas que M. Gautier ait eu l'intention de calomnier MM. Gaillon et Carles. Il connaît ces Messieurs et affirme qu'ils sont au-dessus de tout soupçon. Leurs travaux sont antérieurs à toute application industrielle.

M. G. Sée n'a pas à s'occuper de la question industrielle, mais seulement de la pratique médicale. Il affirme que la strontiane est absolument inoffensive. Certaines industries l'emploient sans inconvénient. Il dépose un pli cacheté contenant ses recherches sur ce médicament. Trois malades ont subi des modifications remarquables sous l'influence du bromure de strontium. Vulpian a donné jusqu'à 20 grammes de strontiane sans produire d'intoxication, et, dans trois cas de rhumatisme noueux, il a obtenu des résultats remarquables.

M. C. Paul emploie depuis deux mois le lactate de strontium. Il en proclame l'innocuité. Il la prescrit à la dose de 6, 8 et 10 grammes par jour. Dans la pléthore abdominale il a obtenu de bons résultats. Dans la maladie de Bright, il a vu, sous l'influence du lactate de strontium, la quantité d'albumine diminuer et même, dans un cas, l'albumine a disparu.

Du choléra. — M. Proust fait remarquer qu'en 1890, le choléra a eu trois foyers distincts : en Espagne, à la Mecque et dans la Mésopotamie. Si on compare les épidémies d'aujourd'hui avec celles d'autrefois, on constate que, de 1850 à 1870, il y a eu preque tous les ans une série d'épidémies en Mésopotamie. De 1870 à 1889, il n'y en a eu qu'une seule.

Si, de plus, on compare les épidémies de 1889-1890 à celles de 1865-1875, en Orient, on voit que la gravité du choléra diminue sensiblement. En 1865, la mortalité a été presque le double de celle relevée en 1875. Celle de 1890 est bien plus faible que celle de 1875. En 1865, il y a eu 10 à 15,000 décès ; en 1875, 6 à 7,000; en 1890, 4 à 5,000.

Il est difficile d'admettre que la dernière épidémie de l'Irak-Arabi puisse être attribuée à une recrudescence d'une épidémie antérieure. On est donc obligé d'accepter l'importation. Il n'y a eu, dans ce cas, qu'une seule porte d'entrée : le golfe Persique.

Le choléra a été sans doute importé par un navire venant de Bombay. Pour le choléra de la mer Rouge, l'importation est aussi venue de l'Inde.

M. Proust pense qu'il faut veiller au danger permanent qu'offre l'Inde, d'où les navires partent pour aller dans la mer Rouge et le golfe Persique. La Turquie est seule chargée de la surveillance sanitaire. Mais les moyens dont elle dispose sont insuffisants. On peut toutefois les améliorer et c'est ce résultat qu'il faut essayer d'obtenir.

Hypertrophie des mamelles. — M. L. Labbé lit l'observation d'une jeune fille de dix-sept ans qui, au mois de décembre dernier, eut une poussée congestive considérable du côté des seins qui augmentèrent énormément de volume. Pendant sept à huit mois, il ne se produisit rien de nouveau. Mais, au mois de juin, il se fit une nouvelle poussée. Les seins mesuraient 69 centimètres de diamètre. M. L. Labbé les enleva : l'un pesait 3,500, et l'autre 3,910 grammes. Les règles qui s'étaient arrêtées pendant les poussées congestives reprirent ensuite leur cours naturel.

Des médicaments toniques du cœur. — A propos de la récente communication de M. G. Sée, M. Dujardin-Beaumetz avait émis l'opinion qu'il maintient que l'élasticité du cœur ne peut être séparée de sa contractilité. M. G. Sée dit qu'on ne peut plus employer le mot : tonique du cœur, et qu'il faut le remplacer par : régulateur du cœur. M. Dujardin-Beaumetz accepte ce changement tout en reconnaissant que, dans la pratique, tout le monde s'entend sur le sens de tonique du cœur.

L'étude de la digitaline est un sujet extrêmement difficile et le problème est loin d'être résolu. D'abord tous les physiologistes opèrent sur des cœurs sains, tandis que nous, nous opérons sur des cœurs malades. Ensuite l'action toxique de la digitale est opposée à son action utile, d'où la difficulté des interprétations.

M. G. Sée soutient que la digitaline amène la dilatation du cœur. M. Dujardin-Beaumetz ne peut accepter cette opinion car, si elle était exacte, jamais on ne donnerait de digitaline, puisque c'est aux cœurs dilatés qu'on l'administre pour faire cesser cette dilatation. M. Dujardin-Beaumetz croit, contrairement à M. G. Sée, que les toniques du cœur agissent sur les deux cœurs simultanément.

Il reconnaît que la lésion des orifices du cœur est secondaire. Tout dépend de l'état du myocarde et de ses altérations. Cette altération du myocarde reconnaît pour cause : 1° l'inflammation : 2° les maladies infectieuses ; 3° les altérations de nutrition par altération des artères nourricières du cœur.

M. Dujardin-Beaumetz avait dit que tous les médicaments qui augmentent la tension du cœur étaient diurétiques. M. G. Sée lui oppose l'iodure de potassium, la strophantine et la spartéine. M. Dujardin-Beaumetz répond que l'iodure de potassium n'est pas un tonique du cœur. Il agit sur la nutrition de cet organe et est utile surtout dans la sclérose du cœur.

Quant à la spartéine, il ne s'en est pas servi beaucoup, m

Digitized by Google

il a constaté qu'elle n'a aucun effet sur le cœur malade. Elle n'agit que sur le cœur sain. Pour le strophantus, M. Dujardin-Beaumetz affirme que c'est un bon diurétique.

Il a été partisan de la digitale contre la digitaline. Il est revenu sur sa prévention. Aujourd'hui, grâce aux travaux de Potain et de Huchard, on sait que la digitaline à la dose massive de un milligramme, donne des résultats égaux et même supérieurs à ceux de la digitale, comme diurétique. M. G. Sée veut substituer les alcaloïdes aux plantes dans tous les cas M. Dujardin-Beaumetz n'est pas de cet avis. Il a démontré pour ne citer qu'un exemple, que la strophantine n'est pas diurétique tandis que le strophantus l'est. Il pose les conclusions suivantes:

1° La digitale et ses glucosides, ainsi que le strophantus, sont les médicaments cardiaques, qui combattent le plus efficacement l'asystolie des affections du cœur. L'effet de ces médicaments est proportionnel à l'intégrité du myocarde et leur action devient absolument nulle quand la fibre musculaire a disparu par suite de la dégénérescence qui la détruit.

2° La spartéine est un régulateur du rythme cardiaque. Elle combat les états nerveux du cœur.

3° La caféine est un médicament cardiaque qui s'adresse surtout aux asystolies qui surviennent dans le cours des maladies infectieuses et dans les états adynamiques résultant d'un trouble profond de la nutrition, tel que le diabète.

4° L'iodure de potassium n'est pas un médicament cardiaque proprement dit. Il agit sur les lésions de nutrition du muscle cardiaque et sur les altérations du système artériel et du système capillaire qui irrigue ce muscle.

Elections. — Sont nommés membres associés étrangers : MM. les Dr Fayrer (de Londres) par 39 voix sur 40 votants et Bateman (de Norwich), par 37 voix sur 37 votants.

LES JOURNAUX DE LA SEMAINE

La fin d'une année scolaire. — On lit dans la *Gazette des Hôpitaux* du 20 courant :

Voici terminée cette année scolaire qui s'annonçait grosse de réformes ; elle finit piteusement, sans bruit, comme les précédentes, et les lourdes portes de la Faculté vont se fermer sur le dernier docteur, renfermant précieusement derrière elles le même stock d'inattaquables routines. Un instant, nous avons cru que la Faculté allait sortir de sa torpeur et s'éveiller un tant soit peu. On avait parlé autour d'elle de rivalité, de concurrence possible. Les professeurs s'étaient remués un instant sur leur siège, ils s'étaient convoqués, ils s'étaient même réunis souvent ; mais leurs délibérations sont restés secrètes !!

Officieusement, sans mandat reconnu, en dehors de toute ingérence apparente de la Faculté, deux professeurs des plus aimés sont venus en leur nom personnel, qui près des médecins qui près des chirurgiens, et ont tâché d'amener le corps des hôpitaux à se courber et à s'incliner devant l'enseignement officiel. La Société médicale des hôpitaux a ouvert le feu. Pris un peu au dépourvu, par crainte peut être de trop s'avancer vers un côté adverse, les médecins des hôpitaux (en petit nombre il est vrai) sont entres dans l'ornière officielle. Ce fut une erreur que comprirent les chirurgiens. Ceux-ci ne se laissèrent amadouer par aucune parole, ils ne voulurent entendre aucune promesse d'où qu'elle vînt et, dédaignant de délibérer sur des racontars, ils attendirent des propositions fermes, officielles, précises, et non des bruits de couloirs colportés mystérieu- considérables de salol dans ses approvisionnements et au mo- sement de bouche en bouche. C'était, en effet, à quoi se réduisaient aussi bien les propositions de la Faculté que celles du Conseil municipal.

De toutes ces convocations, de toutes ces discussions, que e rsultera-t-il ? Rien, rien, et encore rien. L'année scolaire a comme elle avait commencé ; l'année prochaine commen- et finira de même, et il continuera longtemps d'en être ainsi, sans qu'une réforme sérieuse puisse voir jour. C'est que la proposition des réformes dépend de ceux-là mêmes contre lesquels elles seraient dirigées.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *La routine administrative et la question de l'iodoforme.* — Il y a une question de l'iodoforme ; ce n'est point, heureusement, une nouvelle question d'Orient ! En tout cas, elle a montré, une fois encore, les tendances surannées de l'administration qui gouverne dans les bureaux de l'avenue Victoria.

Les avantages antiseptiques de l'iodoforme ne sont pas encore suffisamment appréciés par cette haute administration. Elle met le salol sur le même rang que ce produit, comme si l'un pouvait remplacer l'autre. Cela est de la thérapeutique administrative. Les malades et le budget peuvent en souffrir. Soit, l'Assistance publique n'en fait pas moins figurer des quantités ment des adjudications annuelles la somme consacrée à l'achat de ce dernier produit diminue d'autant celle affectée à l'approvisionnement en iodoforme.

Il est bon de faire observer que l'Assistance publique de Paris a sous sa dépendance 30 établissements hospitaliers, 80 bureaux de bienfaisance.

Pour la totalité de ses services, et sans tenir compte de l'emploi plus fréquent de l'iodoforme, l'administration générale de l'Assistance publique a mis à l'adjudication en octobre 1890 la fourniture de l'iodoforme pour l'année 1891 sur la base de 48,000 kilog., au prix de 42 francs le kilogr. sans escompte.

Cette quantité pourrait paraître considérable, mais sur les trente-huit chirurgiens affectés aux services de Paris, deux se servent de salol, et les autres emploient exclusivement l'iodoforme. Ils abrègent ainsi des traitements qui, au lieu de durer trente jours, ne demandent plus qu'un septenaire.

Or les 48,000 kilos prévus pour 1891 furent épuisés dans les premiers jours de juillet. Les services chirurgicaux firent des bons. Les directeurs des hôpitaux refusèrent de les contresigner sans donner les motifs de leur refus. Une démarche fut faite par un groupe de chirurgiens et on apprit que la provision était épuisée.

On intervint auprès des directeurs. « Il y a du salol, répondirent ils, qu'on se serve de salol ».

Cette situation délicate aurait pu se prolonger fort longtemps si un chef de service, devant le refus administratif, n'avait acheté pour son compte le produit dont l'administration est si avare.

Redoutant une esclandre, cette dernière vient, parait-il, de donner l'ordre d'acheter au cours, 60 francs au lieu de 42, payés à l'adjudication, l'iodoforme nécessaire. Sage économie administrative !

On nous dit que cet incident, peu surprenant d'ailleurs, on y est habitué, a motivé, dans quelques salles de garde, l'apposition d'affiches dans le genre de celle-ci.

« Art. 1er.—La saleté en général, et le « pansement sale » en particulier, sont obligatoires dans tous les hôpitaux et hospices *civils* de Paris.

« Art. 2. — L'iodoforme est et demeure supprimé.

« Sur l'entête du papier, « service de santé » était remplacé par « service de saleté », et tout le reste était à l'avenant. »

Espérons que le conseil municipal qui subventionne généreusement l'Assistance publique, interviendra contre de telles négligences préjudiciables aux malades et au budget municipal.

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

PARIS. — IMP CHARL... SCHLAEBER, 57, RUE SAINT-HONORÉ

Digitized by Google

Cinquième Année — N° 32 — 5 Aout 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. Bar, E. Barié, Béclère, Brocq, Demelin, Du Castel, Gingeot, Charles Mauriac, Picqué Al. Renault, Rieffel, Schwartz

REVUE GÉNÉRALE

Pathogénie et prophylaxie des infections secondaires

Dans une précédente revue, nous avons montré quelle influence considérable les infections secondaires exercent sur l'évolution des maladies infectieuses et combien de complications elles peuvent entraîner. Ces lésions surajoutées, bien loin d'être la conséquence fatale de la maladie initiale, sont dues, nous l'avons vu, à des éléments nouveaux qui pénètrent par l'une des trois grandes voies d'absorption microbienne : voies digestives, voies respiratoires et surface cutanée. Il en résulte que le médecin, loin de se croire désarmé contre elles, doit s'efforcer de prévenir leur apparition.

Mais pour leur opposer des moyens prophylactiques efficaces, il faut connaître, en outre des voies de pénétration des microbes, leur *origine réelle* et l'influence que l'infection première exerce sur leur développement et leur diffusion dans l'organisme.

Leur préexistence à la surface de la peau et des muqueuses, donne à penser que le malade porte en lui les éléments des complications et qu'il suffit d'une altération épithéliale pour permettre leur pénétration. Le mécanisme de l'*auto-infection*, admis par Jaccoud pour la pneumonie primitive, est incontestable dans bon nombre d'infections secondaires, qu'on peut voir se développer en dehors de toute influence épidémique et de toute contagion apparente. Mais dans d'autres cas, la *contagion* est trop nette pour qu'on ne soit pas obligé d'en tenir compte. Les enseignements de la clinique sont nombreux sur ce point. Dans certaines épidémies de campagne par exemple, on peut suivre pas à pas la marche de la contagion; il en est ainsi dans une curieuse épidémie de rougeole dont Bard a reproduit la relation : alors que cette fièvre se montrait très bénigne, un premier malade est atteint de bronchopneumonie, son frère est contagionné, puis de ce foyer primitif, la complication est transmise successivement dans trois fermes par les gens qui aident à soigner les malades, et six nouveaux cas se produisent, alors que dans les autres habitations, la rougeole reste exempte de complications. Les heureux résultats obtenus dans les hôpitaux par la désinfection et l'usage de salles de rechange, montrent encore d'une façon indubitable l'influence de la contagion. (La mortalité de la rougeole est tombée de 40 et 57 0/0 à 10 0/0 aux Enfants-Assistés.— Sevestre). On peut donc se demander si, même dans des cas que l'on attribue à l'auto-infection, l'adjonction aux germes préexistants d'un autre de même nature mais rendu plus virulent par sa culture dans un organisme malade, ne peut pas accélérer le développement de ceux-là. On admet en effet que la virurence d'une bactérie s'accroît par des cultures successives et que les lésions produites par elle deviennent ainsi de plus en plus graves et de plus en plus contagieuses (Bouchard).

En tout cas, le clinicien doit tenir compte des deux modes d'infection, contagion et auto-infection, et chercher à détruire par l'antisepsie les germes préexistants et à prévenir par l'isolement l'apport de contages nouveaux.

Il est important de ne négliger aucun de ces moyens car *la maladie première crée* de plusieurs façons, *une prédisposition très efficace à une seconde infection.*

D'abord, la maladie primitive offre un terrain de culture aux autres germes. Les secrétions catarrhales de la rougeole, les exsudats de l'angine scarlatineuse, les fausses membranes de la diphthérie, la surface mortifiée des plaques intestinales de la fièvre typhoïde sont autant de milieux favorables à la pullulation microbienne. Il en est de même des secrétions buccales altérées par toutes les fièvres graves. D'ailleurs, avant la connaissance des affections secondaires, Niemeyer signalait l'amélioration de l'état général obtenue dans la dothienentérie par les lavages de la bouche, et A. Netter (1873) constatait l'influence funeste exercée par « la putréfaction spéciale des saburres de la langue et des caillots de sang des narines » ; il pensait que la résorption de ces produits était la cause principale de la persistance de l'état typhique. L'interprétation peut être modifiée, mais le fait d'observation conserve sa valeur.

La maladie initiale crée aussi une porte d'entrée aux infections ultérieures en amenant des ulcérations ou tout au moins des desquamations épithéliales. Nous avons suffisamment insisté sur ce point en étudiant les principales voies d'absorption microbienne; nous n'avons rien à y ajouter, et nous arrivons au rôle capital de la maladie qui est de diminuer la résistance de l'organisme. De tout temps on a reconnu que les gens affaiblis par une fièvre grave étaient plus exposés que les autres à la contagion, et que les affections développées dans ces conditions présentaient le plus souvent un caractère de gravité exceptionnel. Le fait était admis sans conteste pour les fièvres éruptives, pour les broncho-pneumonies, etc. L'observation montrait que l'organisme, épuisé par une première lutte, ne pouvait résister efficacement à une seconde atteinte. Sur ce point encore, la bactériologie a confirmé l'expérience clinique, en précisant le mode de protection de l'organisme contre l'envahissement des microbes et les circonstances qui

Digitized by Google

peuvent entraver cette fonction protectrice. A l'état normal, l'irritation locale, produite par la présence des micro-organismes, détermine une congestion active par vaso-dilatation et une diapédèse de leucocytes. Ceux-ci une fois hors des vaisseaux englobent et détruisent les germes infectieux, par un mécanisme spécial, le *phagocytisme*. Or, d'après Bouchard, certains microbes, par les produits solubles qu'ils sécrètent, s'opposent à cette vaso-dilatation et par suite, au phagocytisme; les germes absorbés ultérieurement peuvent dès lors se développer en pleine liberté, et, suivant le cas, rester sur place et donner lieu à une complication locale, ou bien être absorbés par les capillaires ou les lymphatiques et déterminer une complication infectante. C'est ce qui eut lieu dans le fait observé par Jaccoud, où une pneumonie passa à la suppuration par infection secondaire streptococique et fut suivie d'infection purulente.

Enfin, la maladie primitive agit peut-être aussi en exaltant la virulence des bactéries qui pénètrent secondairement. On sait maintenant que la virulence est éminemment variable suivant les conditions de développement et que l'on peut arriver à reproduire expérimentalement ces différences, et à obtenir l'atténuation ou l'exaltation des virus. Cette exaltation peut résulter du seul fait de certaines associations microbiennes; ainsi, deux éléments isolément inoffensifs pour le lapin, le microbe du charbon symptomatique et le bacillus prodigiosus, deviennent pathogènes par suite de leur association (Roger 1889).

De ce qui précède découlent des *indications thérapeutiques* importantes : le médecin peut, dans une large mesure, prévenir l'apparition d'une foule de complications qui font la principale gravité des maladies infectieuses. Il doit chercher pour cela à accroître les forces de résistance de l'organisme et aussi à détruire les germes pathogènes qui menacent incessamment le malade.

La *nécessité de soutenir les forces du malade*, d'éviter la dépression générale et la sidération du système nerveux est une notion qui s'impose et à laquelle la connaissance des infections secondaires n'ajoute rien, si ce n'est que cette préoccupation doit être constante et s'appliquer même aux cas les plus bénins; ceux-ci peuvent également entraîner des complications graves. L'emploi d'une alimentation appropriée et l'usage des toniques généraux ont donné les plus heureux résultats dans le traitement des maladies infectieuses et notamment ont diminué beaucoup la fréquence des complications purulentes et gangréneuses de la fièvre typhoïde.

La seconde indication prophylactique : *empêcher la pénétration des germes pathogènes* peut être remplie par l'*isolement* et l'*antisepsie* dont les recherches contemporaines ont montré la valeur.

Une maladie infectieuse, qui se complique, devient dangereuse pour les autres personnes atteintes de la première maladie et de même qu'il faut séparer des sujets sains, les sujets atteints d'une maladie infectieuse, de même parmi ces derniers il faut aussi isoler ceux qui sont atteints d'une complication. Si dans une famille, où il existe plusieurs cas de coqueluche, l'un d'eux vient à se compliquer de broncho pneumonie, il est un danger pour les autres malades et doit en être isolé. De même dans les services hospitaliers le système d'isolement devrait être perfectionné de façon à permettre de préserver les scarlatineux et les rougeoleux des complications qui atteignent quelques-uns d'entre eux et qui sans cette précaution arrivent à créer des foyers d'infections secondaires (Richard, 1889). Si l'isolement absolu dans des locaux éloignés les uns des autres et privés de toute communication entre eux, est trop difficilement réalisable, on peut au moins supprimer une source active de contagion et faire une sorte d'isolement sur place, en empêchant que les objets de tous genres ayant servi à un malade, puissent être employés par un autre sans une désinfection préalable et que les personnes chargées des soins passent d'un lit à un autre sans précautions antiseptiques. Il faut en somme, comme l'a dit Grancher, réduire au minimum les contacts suspects et désinfecter le plus tôt possible tout objet souillé.

A la pratique rigoureuse de l'isolement il faut joindre une surveillance attentive de l'hygiène du malade. L'existence dans l'air de germes pouvant devenir pathogènes, montre l'importance d'une bonne aération; sans doute il n'est pas possible de faire respirer au malade un air privé de germes, mais au moins faut-il supprimer les principales causes de viciation de cet air, l'encombrement et le défaut de ventilation.

Il est également très important de surveiller toujours l'état de la peau, de façon à prévenir l'irritation que peuvent déterminer les pressions prolongées et le contact de matières irritantes, On ne craindra pas, même dans les maladies augmentant le plus la susceptibilité de la peau, de faire, avec les précautions voulues, des lavages fréquents sur les surfaces souillées. La plus petite excoriation de la peau devra être lavée avec une solution antiseptique; les plaies résultant de furoncles, d'abcès, d'eschares, etc., etc., seront pansées avec une solution de sublimé ou d'acide borique, ou bien recouvertes de pommades ou de poudres antiseptiques. Tout élément éruptif qui altère l'épiderme, qu'il s'agisse de vésicule, de pustule, etc,, réclame le même traitement; dans la variole par exemple on doit chercher à faire avorter les pustules par les applications de sublimé (Talamon, Sevestre).

Certains auteurs ont même conseillé, comme méthode systématique dans les fièvres éruptives, les lavages généraux répétés chaque jour avec une solution étendue de sublimé (1/4000, Mervin, 1890; Bianchi, 1889); Mais cette pratique ne s'est pas encore répandue. En tout cas chaque fois que le traitement comportera des bains ou des lotions, on devra se servir d'une solution antiseptique, les bains, par exemple, seront additionnés de naphtol à la dose de 5 à 8 grammes, en solution alcoolique. Enfin l'on n'oubliera pas que, pendant la période de convalescence, la peau, sèche et couverte de squames épidermiques, se fissure facilement et peut devenir le siège de suppurations multiples; aussi devra-t-on chercher par les frictions sèches ou aromatiques et par les bains, à rétablir son bon fonctionnement et à la débarrasser de toutes les impuretés qui y sont fixées.

Les soins de la bouche ne sont pas moins importants.

Digitized by Google

Dès qu'il y a une fièvre d'une certaine durée, surtout si la bouche a de la tendance à se déssécher, il faut prescrire des lavages sous forme de gargarismes ou d'irrigations. L'eau boriquée, l'eau naphtolée, ou même l'eau de Vichy peuvent être employées à cet usage ; le point important est de faire passer une certaine quantité de liquide qui enlève mécaniquement les mucosité épaissies et concrétrées. Si la langue est fendillée, s'il existe des enduits pultacés ou des plaques pseudo-membraneuses sur les amygdales, si l'on constate la formation d'ulcérations en un point quelconque de la cavité buccopharyngée, il est nécessaire d'adjoindre aux lavages des badigeonnages répétés, avec un collutoire tel que la glycérine boratée ou salicylée. Les fosses nasales doivent aussi être purifiées, soit par des irrigations, soit par l'instillation de quelques gouttes d'huile de vaseline boriquée (Hutinel).

Enfin le complément de ce traitement préventif est l'antisepsie intestinale, dont l'utilité n'est plus contestable dans tous les cas où la muqueuse digestive est atteinte par la maladie et surtout dans ceux où elle présente des ulcérations. Pour réaliser cette antisepsie, on commencera, s'il y a lieu, par provoquer l'évacuation des matières qui peuvent séjourner dans l'intestin et y subir des fermentations anormales; puis on donnera d'une façon régulière du naphtol, uni au salicylate de bismuth ou de magnésie, suivant la méthode de Bouchard.

Par l'ensemble de ces moyens on ne saurait espérer obtenir pour la peau et les muqueuses un état aseptique comparable à celui d'une plaie chirurgicale; on ne réussira donc pas à se rendre complètement maître des infections secondaires; mais les tentatives récentes faites dans cette voie montrent que l'on peut arriver à restreindre leur fréquence dans une proportion encourageante.

Dr Merigot de Treigny.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

CHIRURGIE

Traitement des tuberculoses articulaires et osseuses, par M. O. Laurent. — Dans ce mémoire l'auteur s'arrête peu au traitement médical, mais fixe plus volontiers les indications du traitement chirurgical. (*Annales de la Société de médecine de Gand*, mai 1891).

Les ressources sont variables avec la phase de la maladie.

Il est conservateur au début, alors que les fongosités n'ont pas encore acquis leur plein développement. L'immobilisation de la région atteinte, combinée à la compression, est souvent suffisante ; on y joint le redressement forcé pour les cas d'attitude anormale du membre. Les arthrites du membre inférieur, et la coxalgie en particulier, sont en outre justiciables de l'extension par les poids, appliquée d'une façon intermittente

Si l'articulation ou l'os est le siège de fongosités bien marquées, on les détruira par thermo-cautérisation, après avoir fait l'essai du traitement sus-indiqué. Les injections d'iodoforme peuvent être employées concurremment, quoi qu'elles ne soient pas indispensables.

Les opérations économiques, le raclage et l'évidement s'appliquent à la période suppurative; elles conviennent aux lésions de l'enfance, aux lésions peu étendues, et à celles dont le siège n'autorise pas une intervention plus grave (vertèbres).

Cependant l'arthrectomie est recommandable dans les cas graves de tumeurs blanches, non encore suppurées ou présentant des indications pressantes de guérison.

La résection donne souvent des succès durables. Elle ne doit être mise en pratique que dans certaines conditions déterminées : progression rapide du mal, résistance de celui-ci aux moyens plus doux, douleurs excessives, impossibilité d'atteindre autrement et suffisamment des lésions bien développées. Cependant s'il s'agit de la tuberculose des phalanges ou des côtes, ou, chez l'enfant, de la coxalgie arrivée même à la période ultime, une large résection est fréquemment favorable. Les meilleurs résultats s'observent lorsqu'on la fait sous le périoste et que, dans le cas d'affections articulaires et chez les jeunes sujets, elle ne dépasse pas la ligne des épiphyses.

Les opérations économiques et la résection n'exigent généralement pas l'ablation des lésions de la première période. La mortalité opératoire est presque nulle.

L'amputation s'impose principalement chez l'adulte, surtout quand l'état général fort mauvais réclame une prompte amélioration et que les lésions sont étendues à des os contigus trop nombreux (carpe, tarse) pour permettre une résection.

L'ischémie sera appliquée dans le cours de ces opérations. Lorsque l'affection s'étend aux viscères, qu'elle s'accompagne de fièvre hectique et qu'on craint de voir survenir rapidement des accidents graves, il sera indiqué de s'abstenir de tout traitement chirurgical.

Les complications, abcès par congestion, hydarthrose, doivent être traitées par la ponction et la désinfection à l'éther iodoformé, et même par le curettage de la membrane. En cas de séquestres, on en fera l'extraction. Les fistules seront largement ouvertes et raclées. Le traitement consécutif consiste dans le drainage et les applications d'iodoforme, ainsi que dans l'immobilisation suffisamment prolongée.

K. D.

Un cas d'hygroma congénital axillaire, par M. B. Ipavic. — Le malade, un enfant de deux ans, présentait une tumeur située au-dessus du mamelon gauche. Pendant la première année cette tumeur congénitale avait paru diminuer de volume: depuis, elle augmenta rapidement et envahit l'aisselle, s'étendant de la clavicule au niveau de la cinquième côte; c'était un hygroma. (*Wien. Med. Wochenschrift*, 13 juin 1891).

Pour l'opérer, on conduisit sur la partie moyenne, une incision de quatre centimètres en longueur. Un flot de sérosité s'écoula. Au moyen d'une contre-incision on établit un drainage antiseptique permanent. Deux mois après la guérison était complète. Ce fait mérite d'être relaté, en raison de sa rareté relative.

N. R.

FAITS CLINIQUES

MÉDECINE

Angine diphtéritique

(HYPERTOXÉMIE TARDIVE ET MORT SUBITE)

Par M. le Dr Chandeze

Médecin-major à l'hôpital militaire de Sétif

Le 17 mai 1889, je fus appelé à donner mes soins au jeune L. C., âgé de 3 ans 1/2, à Boulogne s/Seine. Cet enfant, jusque là bien portant, présentait des fausses membranes sur les deux amygdales et sur la face inférieure du voile du palais à droite. Cette dernière, tout à fait caractéristique, était très résistante, très adhérente et entourée d'une zone d'un rouge très vif. Il y avait en outre des adénites sous-maxillaires et cervicales des deux côtés, mais plus volumineuses à droite. Pas de fièvre;

Digitized by Google

état général bon. L'enfant joue et ne témoigne aucune souffrance.

Je prescrivis :

1° Naphtol B..... 1 gramme
Glycérine..... 30 —
Jus de citron..... 70 —

pour badigeonner la gorge toutes les heures, en essayant de détacher les fausses membranes avec le pinceau ;

2° *a*) Perchlorure de fer liquide xv gouttes
Eau sucrée..... 150 grammes

Et :

b) Benzoate de soude..... 4 grammes
Julep gommeux..... 150 —

à prendre par cuillerées à soupe alternativement, toutes les heures, et dans l'intervalle des badigeonnages.

3° Vaporisation, d'eau phéniquée et d'essence de térébenthine en permanence sur une lampe à alcool, à côté du lit.

Lait, œufs, jus de viande, vin généreux, etc.

Les prescriptions sont remplies très exactement par le père. Je fais moi-même les badigeonnages trois fois dans la journée.

Le soir, la fausse membrane du voile du palais est tombée et ne s'est pas reproduite. Pas de fièvre ; pas de bronchite ; catarrhe nasal peu marqué, simplement muqueux.

18 *mai*. — Nuit assez bonne, sans fièvre ; à 8 heures, l'état de la gorge est le suivant : plus rien sur le voile du palais. L'amygdale droite est recouverte, sur toute sa surface, d'un exsudat grisâtre, semi-transparent, peu épais, mais très adhérent. Une petite écorchure, sur la muqueuse de la joue droite, est recouverte d'une fausse membrane, rappelant celle du voile du palais.

L'amygdale gauche est moins malade que la droite. Même état du côté des ganglions. Etat général toujours bon. L'enfant se montre plus docile et se laisse facilement badigeonner la gorge.

Mêmes prescriptions qu'hier.

19 *mai*. — Nuit bonne, sommeil interrompu seulement toutes les trois heures pour les badigeonnages de la gorge. Même état local et général ; l'engorgement ganglionnaire paraît toutefois un peu diminuer. Le petit malade s'est bien nourri. Un vomitif, administré ce matin, provoque l'expulsion de débris de fausses membranes et de mucosités assez abondantes. On reprend, dans la journée, le traitement suivi jusqu'alors. Les badigeonnages sont faits tous les trois quarts d'heure et, dans l'intervalle, le perchlorure de fer et le benzoate de soude sont pris alternativement.

Toujours pas de fièvre appréciable : 100 pulsations radiales, 20 mouvements respiratoires.

20 *mai*. — Les fausses membranes, ayant toujours le même aspect grisâtre demi-transparent, ont gagné aujourd'hui la face inférieure du voile du palais à droite ; le sommeil a été paisible ; l'état général reste excellent.

Mêmes prescriptions.

21-24 *mai*. — Même état local. Le petit malade devient très indocile, au point qu'on ne peut pas lui badigeonner la gorge pendant toute la journée du 24. Le soir, l'état général est moins bon ; l'enfant paraît fatigué, ses lèvres ont une teinte bleuâtre cyanotique ; le pouls est rapide, très faible, presque impossible à compter. Une petite écorchure, sur la lèvre inférieure, se recouvre d'une fausse membrane qui s'étend rapidement.

25-31 *mai*. — On se décide à employer la violence pour faire les badigeonnages. L'état général redevient vite très bon. En même temps l'engorgement ganglionnaire du côté droit diminue d'une façon sensible et beaucoup plus vite que celui de gauche, bien que les lésions aient toujours été moindres de ce côté.

Dès les premiers jours de juin, il ne reste plus un seul des ganglions sous-maxillaires droits engorgés, et cependant il reste encore des fausses membranes de ce côté. Ceux de gauche persistent, quoique moins volumineux. — On augmente alors progressivement les intervalles des séances de badigeonnages, qui ne sont plus faits que toutes les trois heures, puis trois fois par jour, et, enfin, deux fois seulement. Les deux potions au perchlorure de fer et au benzoate de soude sont continuées.

Toute trace de fausse membrane ne disparaît que le 9 juin. Protégées par la saillie des piliers du voile du palais, elles étaient restées cantonnées, en dernier lieu, au-dessus de l'amygdale droite.

A partir du 11 juin, mon petit malade sort tous les jours. Cependant il ne peut pas marcher beaucoup et accuse vite de la fatigue. Il a bon appétit et tout fait espérer qu'il est hors de danger.

Le 19, on me fait appeler de nouveau. L'enfant a passé une mauvaise nuit, il tousse un peu et est très faible. L'examen de la poitrine révèle l'existence d'une bronchite à gros râles humides, sans localisation spéciale. Le malade refuse de manger et de prendre quoi que ce soit. Il a de la fièvre et se plaint de maux de tête.

Bains chauds sinapisés très courts pour agir autant contre la céphalalgie que contre la bronchite.

La bronchite augmente les jours suivants ; il y a des râles fins sous-crépitants à gauche, en arrière et près de la base.

Prescriptions : potion avec :

Acétate d'ammoniaque..... 0,50
Extrait de quinquina..... 2,00
Rhum vieux..... 30,00

et lait, toutes les heures, alternativement.

Trois lavements alimentaires qui sont gardés et digérés ; enveloppement ouaté des membres inférieurs ; sinapismes répétés sur la poitrine.

Dès le 21, sous l'influence de cette médication énergique, la bronchite s'améliore rapidement et, le 27, on n'entend plus aucun râle. Mais alors apparaissent des paralysies qui font des progrès très rapides. La voix est nasonnée ; on a peine à la comprendre.

Lorsqu'on veut faire prendre quelque chose de force, une partie du liquide, lait ou potion, tombe dans la trachée et provoque une crise de toux, suivie quelquefois de vomissements. La paralysie gagne le pharynx, les muscles du cou. Néanmoins l'intelligence reste nette et l'enfant cause, joue même et s'intéresse à tout ce qui l'entoure. Mais la faiblesse est très grande.

La mort survient brusquement, le 24, vers 8 heures et demie du matin. — A part la faiblesse générale, qui avait peut-être un peu augmenté, l'état du malade avait peu changé depuis la veille. Il avait, en s'éveillant, pris du lait, demandé à satisfaire ses besoins et c'est en causant avec sa grand'mère, tout en étant couché, qu'il s'est éteint sans souffrance, sans agonie.

Cette observation m'a paru pouvoir être rapprochée de celles publiées par M. le docteur Dauchez, sous le titre d'hypertoxémie tardive dans la diphthérie (1). L'hypertoxémie, indéniable aussi dans ce cas, y apparaît encore plus tardivement, puisque les accidents qui lui sont imputables : la bronchite aiguë, l'altération si considérable et si rapide de l'état général, les paralysies et la mort subite, n'ont commencé qu'après la guérison de la diphthérie et un mois après le début de la maladie.

Cette observation me semble encore digne d'intérêt à d'autres points de vue. Toute la maladie a évolué sans fièvre ; les lésions locales furent toujours très limitées et n'eurent jamais de tendances à s'étendre, ce qui aurait pu m'autoriser à porter un pronostic favorable. — On a pu remarquer aussi que l'engorgement ganglionnaire du côté droit, beaucoup plus volumineux au début que celui de gauche, avait cependant cédé plus vite. Je m'expliquai facilement cette différence, parce que j'avais remarqué que les badigeonnages, en raison de l'indocilité du petit malade, étaient plus volontiers et plus fréquemment pratiqués à droite.

De même il me semble incontestable que l'aggravation de l'état général, survenue chaque fois que pour

(1) Voir : *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1891, p. 356.

Digitized by Google

une raison quelconque les badigeonnages étaient entravés ou interrompus, était due à l'absorption, soit sur place, soit par la voie stomacale, des produits de sécrétions des fausses membranes. Cette absorption était en effet d'autant plus abondante que les badigeonnages étaient moins fréquents, ces derniers ayant pour effet de détruire partiellement les fausses membranes, de ralentir la repullulation des microbes et de diminuer leurs toxines.

C'est là, pour ainsi dire, une expérience démonstrative du mode d'action du microbe diphthéritique et de l'influence que peut avoir sur son développement le traitement antiseptique. C'est ce qu'ont démontré surabondamment d'ailleurs les remarquables travaux de MM. Roux et Yersin.

REVUE DES LIVRES

Clinique chirurgicale de M. Trélat — Leçons publiées par M. Pierre Delbet; 2 volumes in-8°, J. B. Baillière et fils. 1891.

Cette œuvre magistrale, parue après la mort du regretté professeur Trélat, est la reconstitution dans leurs traits les plus essentiels, des travaux du maître. Il est impossible, à la lecture des leçons que contiennent ces deux volumes, de n'être pas frappé du soin qu'ont mis M. Delbet et ses collaborateurs à reproduire et à rendre la saisissante originalité dont il avait le secret.

C'est bien là le professeur Trélat tel que nous l'avons connu; on l'entend parler, exposer, discuter, avec cette mimique si puissante qui donnait souvent tant d'attrait à ses argumentations et nous ne pouvons qu'adresser toutes nos félicitations à ceux qui ont contribué à nous léguer si bien et si complètement ce précieux héritage chirurgical. Il fut néanmoins hors de proportion, avec les services qu'il a rendus à la chirurgie par son enseignement clinique et professoral, par sa participation à toutes les grandes discussions où il apportait souvent le fruit de sa vaste expérience et sa netteté de conception. Ceci dit, on comprendra qu'il nous soit impossible d'entreprendre une analyse détaillée de ces deux volumes et que nous ne pourrons même pas donner un aperçu sommaire des nombreuses questions qui y sont traitées, aussi bien sur la pathologie générale que sur celle des régions. Pour toutes, le professeur a grand soin de se tenir au courant de toutes les nouveautés et tous les perfectionnements de la chirurgie et ce n'est pas de ses moindres titres de gloire, que de s'être assimilé, à une période déjà avancée de sa carrière, tout ce qui se faisait de bon et de profitable à la science et à l'art chirurgical.

La première leçon, leçon d'ouverture de son cours de clinique de la Charité en 1885, montre bien ces tendances ; elle est consacrée à la chirurgie actuelle, elle montre les bienfaits des découvertes modernes, mais en même temps, il y a tracé de main de maître les devoirs du chirurgien moderne qui doit utiliser l'expérience d'autrui, ses propres fautes, tous les progrès, toutes les critiques.

Une série de leçons est consacrée à la chirurgie générale (pansements, traumatismes, complications des plaies) etc., puis viennent les maladies des os, et, en particulier, une étude bien remarquable sur l'ostéomylite prolongée, les maladies des vaisseaux et des nerfs, des tendons et des gaines, etc.

Dans celles qui sont consacrées à la chirurgie des régions, nous citerons surtout les leçons sur les uranoplasties et les staphyloraphies pour lesquelles Trélat était depuis longtemps passé maître, celles qui couvraient les plaies de l'abdomen, la cure radicale des hernies, les fistules pyostercorales, enfin, toute une série sur les maladies des organes génitaux de la femme. C'était là, depuis ces dernières années, un sujet de prédilection pour Trélat qui s'était lancé avec ardeur dans la gynécologie opératotre.

En résumé, les deux volumes comprennent environ cent-cinquante leçons sur les sujets les plus importants et souvent les plus difficiles de la chirurgie, et encore une fois merci à ceux qui ont eu la pieuse idée de faire revivre dans cette œuvre le chirurgien et le professeur ; ils ont pleinement réussi.

E. Schwartz.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

Extraction des sondes brisées dans l'urètre ou dans la vessie

Par M. le Docteur C. Desnos

Ancien interne des Hôpitaux

La rupture d'une sonde dans l'urètre ou dans la vessie pendant la cathétérisme constitue un accident relativement fréquent. Les conditions dans lesquelles il se produit sont multiples ; je ne considérerai ici que les plus simples, celles de la pratique journalière.

Ce sont les sondes molles de caoutchouc rouge, dites sondes de Nélaton, dont la rupture s'observe le plus souvent, parce qu'elles sont, et à juste titre, d'un usage très répandu, et en outre, parce qu'elles deviennent facilement friables pour peu qu'elles aient été exposées à une chaleur sèche ou soumises à des changements de température, ou par suite des modifications qui surviennent toujours, au bout d'un certain temps, dans le tissu même du caoutchouc. D'où le précepte de ne jamais employer une de ces sondes sans l'avoir soumise à un examen minutieux ; il faut la saisir à ses deux extrémités, au delà de l'œil, et exercer sur elle une traction qui l'allonge au moins du tiers de sa longueur ; si elle résiste à cet effort, on n'a rien à craindre.

Les sondes de gomme se rompent moins fréquemment, tout au moins entre les mains du chirurgien ; mais certains malades ne paraissent pas se douter du danger auquel ils s'exposent en se servant de sonde d'une solidité douteuse, et on reste étonné qu'une rupture n'ait déjà eu lieu à la vue des sondes usées, écaillées, sans résistance, dont certaines personnes continuent à faire usage pendant des mois et des années.

Rares enfin sont les ruptures des sondes métalliques ; il faut invoquer ici une violence considérable ou plutôt l'usure préalable des parois de l'instrument par l'emploi intempestif d'un liquide tel que le sublimé, accident dont j'ai observé un exemple. Plus souvent il ne s'agit pas d'une rupture, mais les diverses pièces d'une sonde de trousse se sont détachées. La fréquence de cet accident est de moins en moins grande, car cet instrument lui-même tend à être abandonné. On sait en effet combien les sondes de gomme lui sont préférables et la sonde métallique démontante ne doit la vulgarisation de son emploi qu'à la facilité avec laquelle on la transporte avec soi. On me permettra de rappeler à ce propos que j'ai fait construire par M. Verguc, fabricant à Paris, une sonde de gomme démontante, contenue

Digitized by Google

dans un étui métallique et d'un volume assez petit pour être logée dans une trousse ordinaire.

Quelle que soit la nature de l'instrument rompu, le séjour d'une sonde dans les voies urinaires ne constitue pas d'ordinaire un accident immédiatement grave. La rétention complète est rare, car l'urine peut s'écouler par la lumière de la sonde; j'ai même observé un cas où le fragment occupant à la fois la vessie et l'urètre, s'était rompu entre la portion membraneuse et le méat, de telle sorte que l'urine s'écoulait d'une manière continue. Dans la vessie la tolérance est au début presque absolue, si la sonde est aseptique; l'urètre est moins tolérant et il se produit un peu d'œdème qui gêne quelquefois les manœuvres d'extraction. Il est certain qu'il vaut mieux agir de suite quand on le peut; mais lorsqu'on n'a pas à sa disposition toute l'instrumentation nécessaire, il faut savoir qu'on ne fait pas courir grand risque au malade en temporisant.

Exception est faite pour les cas où, le cathétérisme étant pratiqué pour une rétention complète, la sonde s'est rompue avant qu'elle ait pénétré dans la vessie, ou lorsqu'il s'agit d'un instrument plein, d'une bougie par exemple, rompue dans la lumière d'un rétrécissement. La ponction hypogastrique s'impose alors, si le fragment ne peut être retiré séance tenante.

L'expulsion spontanée a souvent lieu; elle est la règle pour les sondes de caoutchouc; pendant la première miction, quelquefois pendant une des suivantes, la sonde est évacuée sans que le malade ait eu de grands efforts à faire. Les sondes de gomme sortent moins facilement: elles se prêtent moins bien aux courbures du canal et butent contre ses parois. On peut essayer des injections d'huile aseptique, mais non forcées; on a surtout conseillé, pour dégager l'extrémité antérieure, de produire une distension du canal en pressant sur le méat pendant que le malade urine, puis de lâcher brusquement.

Ces moyens réussissent rarement et il faut alors aller à la recherche du corps étranger: la manière d'agir varie suivant que la sonde occupe la vessie ou l'urètre; nous nous occuperons d'abord de ce dernier.

La première règle est celle-ci: s'opposer à la progression de la sonde brisée en arrière. Celle-ci a une grande tendance à cheminer dans le sens opposé au cours de l'urine; les érections, les tiraillements exercés sur la verge concourent à accélérer cette progression et quand l'accident est arrivé entre les mains du malade, il est rare que celui-ci n'ait pas fait quelque tentative de nature à repousser le fragment de sonde loin du méat. On commencera au moyen d'une palpation méthodique et surtout prudente par explorer l'urètre à travers les téguments; lorsque le corps étranger a été reconnu, un doigt de la main gauche, ou mieux, si possible, le doigt d'un aide est placé solidement immédiatement en arrière de l'extrémité postérieure de la sonde brisée. Lorsque cette extrémité s'est engagée dans le cul-de-sac du bulbe c'est par la voie rectale qu'on comprimera l'urètre. Alors seulement il est permis de recourir au cathétérisme; l'instrument le plus convenable est une bougie exploratrice à boule assez volumineuse, de 18 à 21, qu'on introduit avec lenteur et prudence et qui indique le point où s'est arrêtée l'extrémité antérieure du fragment.

Les sondes de gomme ou de métal sont, en général, assez facilement perçues par la palpation à travers des téguments; il n'en est pas de même des sondes de caoutchouc qui échappent souvent: dans ce cas, on recourra d'emblée à la compression par le rectum. De quelque nature que soit la sonde, une fois son extrémité postérieure bien calée par un doigt, on peut, si l'antérieur est assez près du méat, refouler toute la verge en arrière, de façon à plisser l'urètre comme pour l'invaginer en doigt de gant, et souvent on voit apparaître le corps étranger au méat. Lorsque ce procédé est inapplicable ou a échoué, il faut recourir à l'emploi d'un instrument; parmi tous ceux qu'on a proposés, il n'en est qu'un sur lequel on puisse compter, c'est la pince de Collin ou ses analogues. On sait qu'il s'agit d'une longue pince à double articulation, dont la disposition est connue. La verge étant maintenue rectiligne au moyen d'une traction suffisante, on introduit la pince fermée et on reconnaît le fragment; on recule de quelques millimètres, les mors sont ouverts alors et portés de nouveau vers l'objet à saisir, le mors le moins mobile le long de la paroi inférieure de l'urètre. La sonde une fois saisie, on retire doucement l'instrument, sans secousse, et d'un mouvement uniforme, la verge étant toujours bien tendue et l'urètre largement huilé.

A défaut d'une pince spéciale, une pince à forcipressure à mors longs et étroits peut être employée si la sonde n'est pas trop loin du méat; cet instrument est plus offensif et les manœuvres seront extrêmement douces. Dans certains cas, on peut anesthésier les parois avec de la cocaïne, mais à moins d'avoir une très grande habitude des manœuvres urétrales, il est bon de ne pas se priver des renseignements fournis par les sensations du malade.

(*A suivre.*)

FORMULAIRE DU PRATICIEN

MALADIES DES ENFANTS

I. **Quelques préparations contre l'insomnie des enfants.** — On peut prescrire le chloral ou l'uréthane qui n'ont point les inconvénients des préparations opiacées.

Potion à l'uréthane : M. H. Huchard la formule ainsi :

Uréthane.....	0 gr. 20
Eau distillée de tilleul.....	ãã 20 gr.
Eau de fleurs d'oranger.	
Sirop simple.....	

Une cuillerée à dessert toutes les deux heures.

Il est utile de véhiculer cette dose dans un quart de verrée d'eau.

Potion au chloral :

Hydrate de chloral,.....	0 gr. 05 à 0 gr. 15 suivant l'âge (1 à 3 ans)
Sirop de cerises.....	ãã 30 grammes
Eau distillée de laitue.....	

Par cuillerée à dessert, de demi-heure en demi-heure, jusqu'à effet calmant.

Digitized by Google

Lavement au chloral (J. Simon) : Pour un lavement :

Hydrate de chloral.....	0 gr. 20 à 0 gr. 40
Teinture de musc..... }	ãã XX gouttes
Teinture de valériane... }	
Eau.....	60 grammes

La tolérance pour le chloral est plus grande quand on l'administre par la voie rectale, mais son action thérapeutique plus faible ; de là, une dose plus élevée du médicament.

OPHTALMOLOGIE

II. **Traitement de la blépharite ciliaire.** — Il est local et général : local, il consiste dans l'emploi des germicides pour agir sur les points d'implantation des cils, habitats favoris des microbes ; et général, il a pour objet de modifier le lymphatisme et l'arthritisme.

Récemment, dans l'*Union Médicale du Nord-Est*, M. Bourgeois (de Reims) a insisté sur l'importance de nettoyer le bord libre des paupières, des croûtes qui font obstacle à l'action des topiques. Voici donc la marche à suivre dans le traitement local :

1° Lotions boriquées chaudes à 4 pour 100, trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures, et, au besoin, cataplasmes de fécule boriquée pour faire tomber les croûtes tenaces.

Le lint boriqué, humide et recouvert d'une feuille de makinstoch, remplit la même indication.

2° Application, sur le bord des paupières, d'une des pommades suivantes, sous forme d'onctions pratiquées quotidiennement et plutôt vers le soir.

Dans la blépharite ulcéreuse, on prescrira la suivante :

Iodol.....	1 gramme
Vaseline.....	10 grammes

Dans les formes pityriasique et érythémateuse, la vaseline à l'oxyde de zinc ;

Oxyde de zinc.....	1 gramme
Vaseline.....	10 grammes

Dans la forme glandulaire ou ulcéreuse, on prescrira les pommades mercurielles :

Oxyde jaune de mercure.....	0 gr. 10
Vaseline.....	5 grammes

Ou bien les applications, avec le pinceau, du calomel finement pulvérisé.

3° Comme prescriptions hygiéniques : fuir la poussière, la fumée et la lumière vive; éviter l'abus du travail oculaire. Usage de verres à teinte fumée.

N. R.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Le cas de M. Desprès. — La réforme de l'enseignement obstétrical, Le rapport de M. Budin et la Société des accoucheurs des hôpitaux. — Stage obstétrical. — La rémunération du maître par l'élève et la mort du monopole.

Le « clou » de la semaine, on me pardonnera cette expression, n'est point, à coup sûr, le verdict du Conseil de surveillance de l'Assistance publique contre M. Desprès. On connaît les origines de l'incident ; on sait qu'ils se terminent par un blâme contre le chirurgien de la Charité, dont on condamne, paraît-il, la vivacité de caractère. Soit, le procès n'est point terminé. Invité à comparaître et à faire valoir des moyens de défense, l'accusé a fait défaut. C'est dire que cet incident, absolument nouveau depuis la promulgation de la loi de 1849 sur l'Assistance publique, aura vraisemblablement une suite. M. Desprès n'est point de ceux qui désarment.

Dans l'intérêt général de la profession, le dernier mot, on le souhaite, lui appartiendra. En formulant ce vœu, nous nous trouvons très à l'aise, car nous sommes loin de partager toutes les idées de cet honorable confrère. Mais, voyons : il ne faudrait point réserver contre un seul toutes les rigueurs administratives, et cela ne serait-il pas regrettable, quand, depuis si longtemps, le Conseil de surveillance tolère, de quelques chefs de service, une inexactitude exemplaire aussi fâcheuse pour les malades que pour les élèves, et vient encore, tout récemment, de fermer docilement les yeux sur l'emploi illégal du remède secret de Koch dans les hôpitaux.

***

Je laisse ce « clou » pour revenir à un autre. Celui-ci est le rapport que M. Budin vient de rédiger au nom de la Société des accoucheurs des hôpitaux.

Quel accueil ce même Conseil de surveillance et la Faculté réserveront-ils à ce document?

Je l'ignore ; mais ce que je sais, et aucun adversaire de bonne foi ne le niera, c'est que ce rapport, si modéré de forme et si logique de conclusions, fait le plus grand honneur à l'esprit libéral de son auteur et de ses collègues.

M. Budin et la plupart des membres de cette Société aiment la liberté et la justice. Beaucoup de gens, dit-on, possèdent cette vertu vulgaire. Tant mieux ! Combien rares sont encore ceux qui la pratiquent ?

Dernièrement, ne l'a-t-on pas vu par les incidents, dont deux autres rapports, l'un médical, l'autre chirurgical, ont été comme les reflets (1) ? Là aussi on proclamait la nécessité de réformer, d'améliorer et d'étendre l'enseignement pratique dans les hôpitaux. On discuta longtemps ; le débat dans une Société se prolongea plusieurs mois ; mais quand il fallut formuler nettement des vœux : adieu prémisses ; point de conclusions ; un *statu quo*, non pas atténué, mais aggravé, et, finalement, l'acceptation de propositions universitaires ressemblant de près aux présents d'Artaxercès et à l'abdication d'une autonomie qui, en se développant, devait conduire l'enseignement des hôpitaux non pas, comme on l'a insinué, à des rivalités mesquines et condamnables, mais bien à une émulation vraiment féconde.

Sous la plume sympathique de M. Budin, on trouve donc, avec satisfaction, une expression discrète de la pensée des amis sincères des réformes sérieuses. Sans effort, on est heureux de comprendre, entre les lignes, qu'à la différence de tant d'autres, ils ne possèdent, ni lui, ni ses collègues, la frayeur de la liberté et la crainte de la concurrence. Inutile de faire injure à ce libéralisme par de plus longues félicitations.

En veut-on la preuve : la voici à propos du *stage obstétrical*, de la *rétribution directe du maître par l'élève* et de l'*institution* des assistants, toutes questions familières aux lecteurs du *Journal des Praticiens* qui, le

(1) Voir : *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique* 1[illegible]

Digitized by Google

premier, avec M. Huchard, s'est fait depuis longtemps l'avocat de ces réformes.

***

Je commence par la question des assistants.

Quels seront leurs devoirs ?

« L'assistant, écrit-il, doit être chargé de donner une direction continue à l'enseignement des élèves. Les assistants seraient habituellement choisis parmi les anciens internes des services d'accouchement. Ils auraient pour fonction principale de contribuer à l'enseignement; ce n'est qu'à titre accessoire et par exception, s'il y avait urgence absolue, qu'ils soigneraient les malades et feraient les opérations sous la responsabilité des chefs de service.

» Si un accoucheur du Bureau central acceptait de remplir les fonctions d'assistant, il devrait, afin de ne point porter préjudice à ses collègues, continuer à faire son service personnel. »

La création des assistants ne doit donc pas être pour le chef de service, comme à tort on a voulu le dire, un moyen détourné de se faire remplacer en permanence. M. Budin et ses collègues le déclarent nettement: « tout « accoucheur doit être constamment à la disposition de « ses malades pour les opérations d'urgence. S'il se « trouve empêché, un accoucheur du Bureau central le « remplace ».

Cette déclaration est de nature, on le souhaite, à faire tomber des scrupules, qu'adroitement on a provoqués dans l'esprit des membres du Conseil de surveillance, hostiles à une institution aussi favorable cependant à l'éducation obstétricale des élèves qu'à l'intérêt des accouchées.

***

En 1890, et en avance d'une année, sur un règlement obligatoire pour les études obstétricales depuis le mois de mars dernier, nous annoncions à cette place « une version par manœuvres externes », dont le résultat devait être de monopoliser dans les deux cliniques officielles l'enseignement de l'obstétrique à Paris.

On commencerait par les accoucheurs. on continuerait, sans doute, disions-nous, si on le peut, par les chirurgiens et les médecins.

En formulant cette indication, plus obstétricale que libérale, l'inventeur de cette réglementation comptait donner des auditeurs aux chaires qui n'en ont point; il en oubliait cependant les contre-indications. M. Budin le prouve. Citons dans son rapport ce passage qui ne manque ni de piquant ni d'intérêt sur l'histoire intérieure de la Faculté et la difficulté même pour un Doyen ami de la justice, de faire prévaloir, dans son Conseil, les idées libérales.

« Après la seizième inscription, chaque étudiant en médecine est tenu de faire un stage dans une des cliniques obstétricales de la Faculté.

« La durée de stage est de *un mois*, pendant lequel l'étudiant est obligé de pratiquer lui-même deux accouchements.

« Les étudiants, qui auront été *internes* dans les services d'accouchements des hôpitaux, sont seuls dispensés de ce stage: ils produiront, à cet effet, un certificat signé de leur chef de service, accoucheur des hôpitaux. »

Tel est le règlement qui fut publié à la fin du mois de mar dernier par la Faculté de médecine de Paris.

Tous les accoucheurs des hôpitaux avaient des élèves, la plupart d'entre eux s'occupaient très activement et avec succès de l'instruction des étudiants. Le nouveau règlement ne reconnaissait plus aucune valeur à leur enseignement, leurs externes mêmes étaient obligés de se rendre chez l'un des deux professeurs de la Faculté.

Nous croyons inutile d'insister sur l'émotion que produisit la publication de ce réglement. Les étudiants durent quitter les services de leur choix pour se rendre obligatoirement dans une des deux cliniques et y passer un mois.

Les accoucheurs des hôpitaux, agrégés de la Faculté de médecine, chargés par cette dernière de l'enseignement théorique (cours professoral, conférences, cours aux élèves sages-femmes) et désignés par l'Etat pour faire passer les examens de doctorat, n'étaient pas admis plus que les autres à donner un enseignement clinique qui, aux yeux de la Faculté, pût avoir quelque valeur pour l'étudiant et lui être compté.

Dans ces conditions, la Commission a délégué, cela se comprend, un de ses membres auprès de la Faculté. Voici la réponse de M. le Doyen :

« La Faculté a décidé qu'un stage obstétrical serait fait; or, le stage, tel qu'il est actuellement organisé dans les services de médecine et de chirurgie, lui paraît être souvent absolument illusoire; elle voudrait en avoir la surveillance. Aucun traité ne la liant avec l'Assistance publique pour les service d'accouchement qui n'existent que depuis neuf années, elle a voulu pouvoir surveiller efficacement le stage obstétrical de ses élèves; c'est pourquoi elle a commencé par décider qu'il serait exclusivement fait dans ses deux Cliniques.

Ce premier point résolu et même mis en pratique, le Conseil de la Faculté a voté la proposition suivante : « Les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux participeront, dans la mesure nécessaire, à l'enseignement clinique. »

M. le Doyen pense que la surveillance des stagiaires se trouvant nettement réservée à la Faculté, *les deux services de clinique obstétricale seront insuffisants pour l'enseignement pratique des étudiants*. Il propose donc au Conseil de la Faculté d'accepter qu'ils fassent leur stage dans les autres services d'accouchement des hôpitaux.

La Faculté n'imposera aux élèves que le stage; elle leur permettra de le faire dans l'hôpital qu'ils préfèreront, jusqu'à ce que le nombre des stagiaires que peut raisonnablement contenir un service soit complet.

Au moment de l'examen, il sera indiqué *que l'étudiant a fait son stage, sans spécifier l'hôpital dans lequel il aura été admis*. Les accoucheurs des hôpitaux ne demandent pas autre chose, et, dans ces conditions, la Faculté, qui surveille le stage, conserve la liberté d'organiser à sa guise l'enseignement dans quelques services, si elle le désire. Les accoucheurs pourront avoir des stagiaires, tout en étant libres d'en accepter ou non; les étudiants seront libres de choisir l'hôpital et le maître qu'ils préfèreront.

L'utilité du stage obstétrical n'est plus à démontrer, M. Budin, on se rappelle son rapport sur l'enseignement de l'obstétrique à l'étranger, a depuis douze ans plaidé et gagné sa cause. Il s'étonne cependant, et tout le monde avec lui, de la façon dont le règlement de la Faculté entend y pourvoir :

Un mois de stage et deux accouchements sont imposés par la Faculté de médecine, mais nous ferons remarquer qu'un seul pays ne demande que ce minimum, tous les autres exigent davantage. Et il serait facile de démontrer que, pour ce stage

Digitized by Google

d'un mois, les deux services de clinique obstétricale de la Faculté sont absolument insuffisants. Que serait-ce si la durée du stage était portée à trois mois, comme le désirent quelques professeurs?

Du reste, n'autoriser les étudiants à faire leur stage que dans les services qui dépendent actuellement ou doivent dépendre dans l'avenir de la Faculté de médecine, comme on a proposé de le faire, que ce stage soit obstétrical, chirurgical ou médical, nous semble constituer une restriction, une limitation qui n'est ni dans l'esprit de la loi sur la liberté de l'enseignement supérieur, ni dans l'intérêt du pays.

En effet, les étudiants sont obligés de faire d'abord une année de service militaire, puis d'être docteurs ou internes des hôpitaux à vingt-six ans, sous peine de passer deux autres années sous les drapeaux. Or, s'ils consacrent quatre années à prendre leurs seize inscriptions, s'ils font ensuite un stage obstétrical supplémentaire, s'ils passent leurs examens de doctorat ou se présentent au concours de l'internat, ils pourront bien difficilement suivre les services hospitaliers qui ne dépendent pas de la Faculté, et ces services seront fatalement délaissés.

On l'a dit avec raison, la présence des élèves est un contrôle pour le médecin et une garantie pour les malades; ces derniers le savent bien, et, en général, les services les plus fréquentés, les plus recherchés par eux, sont précisément ceux qui sont les plus fréquentés, les plus recherchés par les élèves. En outre, la présence des étudiants et l'enseignement journalier stimulent le zèle du chef de service, l'obligent à travailler, à penser : de là, pour quelques-uns, à faire des découvertes importantes, à réaliser des progrès dont profite l'humanité, il n'y a qu'un pas.

« Est-ce que vous vous imaginez, a dit Laboulaye, que c'est simplement dans une chambre qu'on peut travailler? Non, il faut l'enseignement; c'est l'enseignement qui éprouve les idées, ce sont les observations que nous font les jeunes gens. C'est là que vous trouvez le sens de la réalité. L'homme qui n'a pas enseigné est un rêveur de la solitude; l'homme qui a enseigné, au contraire, est un homme qui a pratiqué et qui peut écrire avec sûreté et solidité. » Et pour faire de l'enseignement il n'est pas nécessaire d'avoir un nombreux public, quelques auditeurs attentifs suffisent.

Enlever les élèves aux services hospitaliers qui ne dépendent pas de la Faculté de médecine, c'est supprimer l'enseignement clinique en dehors de cette dernière. Que de foyers d'instruction seraient ainsi perdus et disparaîtraient pour ne laisser subsister que la seule parole officielle! Que d'idées nouvelles pourraient être ainsi mises sous le boisseau!

L'Etat qui doit envisager, avant tout, l'intérêt général du pays et de la science, permettra-t-il des mesures qui seraient suivies de semblables conséquences? Nous voulons espérer que non. Il a le contrôle, puisqu'il s'est réservé, exclusivement réservé, les examens. « C'est lui qui confère les grades par l'intermédiaire des professeurs qu'il a institués. En délivrant le diplôme de docteur en médecine, il donne au public la garantie que le candidat a tout au moins fait des études suffisantes et qu'on peut avoir confiance dans sa capacité » (Laboulaye).

« On ne cherche pas, écrit de son côté Spuller, où l'étudiant a pris les leçons et acquis les connaissances dont il est admis à faire la preuve aux examens. C'est la liberté de l'étudiant ajoutée à la liberté du professeur. Instruisez-vous où vous voudrez, de la manière que vous voudrez, dit en quelque sorte l'Etat, appliquant le mot si souvent cité de M. de Rémusat: « Il y a plusieurs manières d'apprendre, il n'y a qu'une manière de savoir ».

Voilà quel est exactement l'esprit de la loi sur l'enseignement supérieur.

Du reste, c'est ainsi que les choses se passent dans beaucoup de pays étrangers. Il suffit que l'étudiant apporte un certificat constatant qu'il a suivi un cours, soit un cours du professeur de l'Université, soit un cours fait par un professeur extraordinaire ou par un *privat docent* pour être admis à faire la preuve de ses connaissances et à recevoir le diplôme de médecin. « Le droit d'enseigner s'accorde aussi libéralement que possible, sous la seule réserve d'un contrôle officiel strictement suffisant à créer une garantie

Il ne saurait venir à l'esprit de personne que les concours subis à Paris par ceux qui ont conquis le titre de médecin, de chirurgien ou d'accoucheur des hôpitaux, ne les mettent au moins au rang des *privat docenten*.

Et si les chefs de service dans les hôpitaux désiraient organiser un enseignement à leurs frais, si des particuliers voulaient, comme en Angleterre ou aux Etats-Unis, favoriser l'instruction des élèves en médecine par des donations qui ne seraient pas faites à la Faculté, l'Etat voudrait-il empêcher les étudiants de profiter de ces générosités en les retenant exclusivement dans les services officiels? Poser ces questions, n'est-ce pas les résoudre?

Nous conclurons donc en disant : si on apportait au stage les mesures restrictives qui ont été proposées, ce serait, grâce à la nouvelle loi sur le service militaire, faire à Paris le vide dans tous les services hospitaliers qui ne sont pas ceux de la Faculté : cela nous paraît contraire à l'esprit de la loi sur la liberté de l'enseignement supérieur, contraire au développement du progrès scientifique, contraire aux intérêts du pays.

***

Et la rétribution du maître par l'élève? De toutes les questions, on dit que c'est la plus grave. Il faut bien le croire.

Un jour, en effet, dans une causerie intime, le doyen éminent d'une grande faculté ne s'exclamait-il pas ainsi : « Vous demandez la rétribution du maître par » l'élève: mais c'est l'anéantissement de l'enseignement » officiel! » Non; on aurait pu lui répondre : c'est seulement la mort du monopole et l'avènement de la concurrence.

M. Budin et ses collègues sollicitent cette réforme et font valoir des raisons pressantes en sa faveur. Tous ses collègues sans exception, dit-il, ont fait de l'enseignement libre et il en est résulté des améliorations indiscutées dans l'enseignement.

A l'étranger, cette rétribution directe du maître par l'élève existe dans un certain nombre de pays.

En France, l'Etat ne paraît pas absolument opposé à cette rétribution. « Peut être aussi, a dit Laboulaye dans son rapport, y aurait-il lieu d'examiner si, en dehors du traitement de l'Etat, traitement toujours insuffisant, il ne serait pas juste d'attribuer au professeur une part des honoraires payés par l'étudiant qui le choisit. Il n'y a aucune raison pour condamner un homme de talent à la médiocrité et à la gêne. On ne voit pas pourquoi on ne donnerait pas à l'enseignement quelques-uns des avantages attachés aux professions libres. »

A la Faculté de droit de Paris, il existait, jusqu'en 1880, des conférences données par les agrégés et rétribuées par les auditeurs.

Le règlement des Cours libres faits par d'autres professeurs que ceux attachés à l'Université, règlement adopté par le Conseil des Facultés, déclare que « les cours privés peuvent donner lieu, au profit du professeur, à la perception d'une rétribution payée par les élèves. »

Pourquoi dès lors n'accepterait-on pas que certains chefs de

Digitized by Google

service qui le désirent fissent dans les hôpitaux un enseignement rétribué ?

Vous avez tous vu par expérience quelle est l'exactitude, quel est le zèle des élèves payants. Tout étudiant qui paie considère, mentalement tout au moins, qu'il a plus de droits ; tout professeur qui est payé par les élèves estime qu'il a des devoirs plus précis. Et les choses n'en vont que mieux.

Des objections ont cependant été formulées contre ce mode d'enseignement ; nous allons les passer successivement en revue :

1° Cette manière de procéder, se bornent à dire certaines personnes, n'est pas dans nos mœurs. L'argument n'a guère de valeur, car si nos mœurs ne sont pas bonnes sur ce point, pourquoi ne pas les changer ? L'enseignement rétribué par les étudiants existe déjà dans les hôpitaux, puisque personne ne s'est jamais opposé à l'enseignement justement payé que donnent les chefs de clinique et les internes. De plus, le rapport de Laboulaye, la phrase si catégorique de Spuller que nous sommes tenté de répéter : « Instruisez-vous où vous voudrez, de la manière que vous voudrez », la rétribution autorisée par le Conseil des Facultés pour les Cours libres, l'existence tolérée de cours payés à la Faculté de médecine, montrent que l'Etat n'est pas hostile à l'enseignement payé par les élèves, même dans ses Facultés.

2° Permettre aux chefs de service de faire de l'enseignement rétribué dans les hôpitaux, dit-on encore, c'est faire servir les malades à cet enseignement. Mais, est-ce que les professeurs de clinique payés par l'Etat ne donnent pas l'instruction grâce aux malades de l'Assistance publique ? Et quand nous étions internes ou chef de clinique, n'avons-nous pas eu, à l'hôpital, des élèves particuliers ? Les chefs de clinique et les internes actuels ne font-ils pas de même ? S'opposer à l'enseignement rétribué pour les chefs de service, c'est maintenir cette situation bizarre, parfois observée et qui ne réalise pas tout à fait l'idéal de la justice : les élèves suivant en grand nombre un professeur qui fait un enseignement gratuit, tandis que le professeur officiel, celui qui est payé, n'a que peu d'auditeurs.

Du reste, rétribué ou non, cet enseignement est fait et, nous l'avons vu, les malades eux-mêmes recherchent, en général, les chefs les plus suivis, les services les plus fréquentés par les étudiants.

3° L'enseignement payé, dit-on encore, favorise les étudiants riches et non les étudiants pauvres, il favorise les étrangers. Pour les étudiants pauvres, et ils sont certainement plus nombreux dans d'autres pays qu'en France, le correctif serait dans la gratuité absolue ou relative que les professeurs ne manqueraient pas d'accorder, de même qu'il y a des bourses et demi-bourses octroyées par l'Etat ou les municipalités. Et puis, si l'étudiant, grâce à l'enseignement rétribué, trouve le moyen d'apprendre vite et bien, n'y aurait-il pas encore bénéfice pour lui et pour sa famille ?

Quant aux étrangers, pourquoi, s'ils le veulent, ne pas leur permettre de payer leur instruction en France au lieu d'aller la payer dans d'autres pays ? J'en ai souvent entendu me dire : Que n'avez-vous dans vos services un enseignement payant, vous nous verriez le suivre avec plaisir, car la langue française nous est plus familière que les autres !

Il ne faut pas nous laisser leurrer par les chiffres officiels, la vérité est que les étrangers venaient autrefois en foule à Paris et y étudiaient ; aujourd'hui, ils s'inscrivent à la Faculté, mais ils ne font souvent que traverser la France. Allez dans les pays voisins et c'est là que vous les retrouverez. Vous avez beau leur offrir l'enseignement gratuit et libre dans les hôpitaux, ils trouvent probablement qu'ils n'en ont pas pour les sommes qu'ils dépensent dans votre ville, et ils vont étudier ailleurs, moyennant finance ; ils peuvent y apprendre plus rapidement et, dans cette circonstance encore, ils estiment que « le temps est de l'argent ».

Nous ne croyons donc pas que les objections faites à l'enseignement rétribué par les élèves aient une grande valeur. Si les accoucheurs veulent réaliser le programme que plusieurs d'entre eux se sont tracé, s'ils veulent faire un enseignement pratique, il faut qu'ils attachent à leurs services des assistants et des chefs de laboratoire. Grâce à l'enseignement payant ils pourraient rétribuer ces auxiliaires comme ils le méritent, et chaque service deviendrait plus facilement un centre d'instruction obstétricale complet et autonome.

Qui sait même si, bien organisé, cet enseignement ne constituerait pas le meilleur moyen d'attirer chez nous les étrangers en plus grand nombre et de favoriser l'expansion des idées scientifiques de la France.

Un long commentaire serait superflu.

Le 31 juillet dernier, en séance plénière et à l'unanimité, la Société des accoucheurs des hôpitaux a adopté les conclusions de ce rapport. Deux membres seulement étaient absents : cela s'explique.

C'est un triomphe mérité pour l'éloquent rapporteur. C'est aussi une première victoire pour la cause de la liberté de l'enseignement. Ch. Eloy.

REVUE DES CONGRÈS

Congrès pour l'étude de la tuberculose

(2e session — du 27 juillet au 1er aout 1891)

Tuberculose des animaux et tuberculose de l'homme. — Identité de la tuberculose humaine et de la tuberculose des bovidés. — Tuberculose aviaire. — Unicistes et dualistes.

La deuxième session du Congrès pour l'étude de la tuberculose a surpassé la première par l'éclat de ses débats et les bénéfices scientifiques qui, d'ores et déjà, en sont les résultats. Tant mieux ! tout le monde, en France du moins, s'en réjouira, et, pour notre part, nous ne voulons pas être le dernier à en féliciter les organisateurs de cette réunion, son vénéré président, M. Villemin, et son initiateur, M. Verneuil, dont, malgré les années, le zèle scientifique ne se fatigue point.

A l'instar de ce qui se fait à l'étranger, le bureau d'organisation du Congrès a essayé de catégoriser les communications sous forme de questions. L'idée était heureuse, nous l'imiterons dans ce compte rendu critique. Au lieu de faire œuvre de simple reportage et de fatiguer sans nul profit le lecteur par le dénombrement banal de communications qui, cela s'est vu, figurent seulement au programme des Congrès, nous essayerons ainsi de mettre en évidence les résultats pratiques de tels débats.

De ces questions, l'une est fondamentale ; négative ou positive, sa solution conduit à des conclusions doctrinales et pratiques fort différentes, qu'il s'agisse de médecine expérimentale, d'hygiène ou de nosologie ; la voici :

I. **Y a-t-il identité entre la tuberculose de l'homme et celle des animaux ?** Les expérimentateurs, seuls juges dans ce débat, ne s'entendent point.

MM. Chauveau et Nocard sont partisans de l'*identité de la tuberculose de l'homme et de la tuberculose du bœuf.*

Naguère, le premier de ces observateurs a montré la transmission de la tuberculose bovine aux animaux de même espèce. Depuis, résultat expérimental plus utile, il vient de démontrer la possibilité de transmettre la tuberculose de l'homme aux bovidés :

1° Par l'ingestion buccale de fragments de poumon humain tuberculeux ;

2° Par l'injection intra-veineuse de produits tuberculeux ;

3° Par leur injection sous-cutanée.

Digitized by Google

Ce que M. Chauveau a trouvé pour l'espèce bovine, M. Nocard l'admet pour les espèces chevaline et porcine, et motive son opinion sur l'identité morphologique des cultures de la tuberculose de ces animaux avec celles de la tuberculose humaine et sur l'identité des infections qu'elles produisent.

Bref, pour MM. Chauveau et Nocard, point de doute : l'homme peut être infecté par la viande ou le lait des animaux tuberculeux. On le voit donc, comme je l'écrivais plus haut, cette question de médecine expérimentale intéresse au premier chef l'hygiène pratique.

On a peu discuté à propos de la tuberculose bovine ; cela s'explique : l'opinion est faite. Par contre, on s'est moins entendu sur la *tuberculose aviaire.*

II. **Tuberculose de l'homme et tuberculose aviaire.** — Y a-t-il unicité ou dualité de ces deux tuberculoses ?

Entrons dans le camp des dualistes. Nous y trouvons d'abord MM. Straus et Gamaleia.

Ils considèrent les deux bacilles comme spécifiquement différents.

Ils les ont, disent-ils, cultivés comparativement : les cultures de la tuberculose humaine sont sèches, verruqueuses, écailleuses et dures ; celles de la tuberculose aviaire sont grasses, molles et humides.

Leurs effets pathogènes sont autres. Refractaires à la tuberculose humaine, les poules succombent à la tuberculose aviaire ; c'est l'inverse pour le chien. De plus, expérimente-t-on avec des animaux receptifs à l'une et à l'autre tuberculose : le lapin et le cobaye par exemple ? Tous deux succombent, mais avec des différences : après l'inoculation de la tuberculose humaine, ils présentent des tuberculoses apparentes viscérales ; mais après celle de la tuberculose aviaire, ils sont exempts de toute lésion macroscopique.

Peut-on par des artifices culturaux, modifier ces caractères morphologiques et ces effets pathogènes ? Non, et MM. Straus et Gamaleia ajoutent que les deux tuberculoses conservent invariablement leurs caractères.

Mêmes échecs des tentatives pour modifier les bacilles pour leur passage à travers l'organisme du lapin et du cobaye ; ou bien pour vacciner le chien contre le bacille humain par l'inoculation répétée du bacille aviaire. Au demeurant : l'insuccès de ces expériences suffit ; MM. Straus et Gamaleia proclament la dualité des deux bacilles.

Est-ce aller trop loin : M. Vignal ne le pense pas, car il la soutient en injectant abondamment dans le péritoine du faisan une culture virulente de bacille de Koch.

Or, le faisan résiste et M. Vignal conclut que le bacille de Koch diffère du bacille aviaire. Avant d'affirmer l'unicité il faudrait expérimentalement prouver la possibilité de restituer au bacille aviaire une virulence équivalente à celle du bacille de Koch ou de diminuer celle du bacille de Koch pour la rendre égale à celle du bacille aviaire.

Cependant les faits donnent parfois un démenti à ces conclusions. En voici un : on le doit à M. Baivy (de Namur).

Un coq, nourri avec des débris de viande tuberculeuse, devient tuberculeux. Un fragment de son foie est inoculé à deux cobayes : tous deux succombent, l'un avec des lésions de tuberculose généralisée, l'autre sans lésion apparente.

Ce fait montre d'une part la transmissibilité de la tuberculose des mammifères aux oiseaux, et réciproquement, de la tuberculose aviaire aux mammifères ; d'autre part, il établit la différence des lésions tuberculeuses aviaires produites et peut être l'origine du désaccord doctrinal entre les observateurs.

Eh bien ! MM. Dor et Courmont sont d'une opinion plus radicale. En unicistes ils répondent aux dualistes : que les différences morphologiques sont trop peu tranchées pour avoir une valeur et qu'en opérant avec la tuberculose humaine on obtient sur la poule des lésions tuberculeuses typiques.

Puis : *contraria contrariis demonstrantur* ; en inoculant la tuberculose aviaire aux cobayes, les deux observateurs lyonnais ont obtenu 42 fois sur 48 animaux des résultats positifs. De là, ces conclusions : 1° la voie digestive est chez la poule une porte d'entrée de la tuberculose des mammifères, plus incertaine que la voie sous-cutanée ; 2° les bacilles aviaires, même depuis longtemps soustraits à l'influence aviaire, produisent des généralisations tuberculeuses chez le lapin et le cobaye, par la voie veineuse chez l'un, par la voie sous-cutanée chez l'autre ; mais les bacilles perdent ces propriétés par un seul passage à travers l'organisme de la poule.

C'est donc que les mammifères résistent mieux à l'inoculation des matières tuberculeuses aviaires qu'à celle des cultures aviaires. C'est dire aussi que le bacille aviaire est de *race* différente, mais d'*espèce* identique au bacille tuberculeux des mammifères.

Cette opinion uniciste offre plus d'une analogie, ce semble, avec celle que MM. Cadiot, Gilbert et Roger font valoir.

L'anatomie pathologique leur a démontré que les masses caséeuses trouvées chez les gallinacés tuberculeux contiennent des bacilles identiques par leur aspect et leurs réactions colorantes avec les bacilles de la tuberculose de l'homme et des mammifères.

Mais ce témoignage ne leur a pas suffi ; ils ont expérimenté sur les animaux, dans le but de découvrir le rapport existant entre la tuberculose des mammifères et la tuberculose aviaire. D'une part, ils ont inoculé le bacille aviaire aux lapins et aux cobayes ; d'autre part, ils ont injecté à la poule la matière tuberculeuse venant de l'homme ou des mammifères, et ils ont trouvé :

1° Que le virus aviaire perdait ses propriétés spécifiques et ne tuait plus les gallinacés après trois passages à travers l'organisme des mammifères ;

2° Que le virus tuberculeux de l'homme ou des bovidés a produit 5 fois, sur 40 poules inoculées, des tubercules jaunes et transparents, réinoculables au cobaye, mais impuissants à infecter une nouvelle poule. Une seule fois, cependant, la modification bacillaire fut plus profonde et les lésions réinoculables à une autre poule.

Bref, on ne saurait nier l'existence de différences dans la morphologie et la végétation des bacilles aviaires par rapport à celles de la tuberculose de l'homme. Néanmoins, les caractères généraux des deux bacilles sont identiques. Le microscope, les réactifs, leur action pathogène sur le lapin l'établissait. Enfin, l'immunité de la poule pour le virus humain n'est point absolue, et le cobaye ne résiste pas toujours à la tuberculose aviaire.

Avant le Congrès, les unicistes et les dualistes n'avaient pu s'entendre. Discuteront-ils encore après le Congrès ? C'est à croire ; en attendant, un accord serait désirable, car, ces divergences d'opinions se justifiant, on serait en droit, selon la remarque de M. Deremberg, de contester les expériences thérapeutiques où on a employé le virus aviaire, et on laisserait dans l'esprit des hygiénistes impartiaux des doutes fâcheux sur l'urgence de surveiller l'alimentation par la viande des animaux tuberculeux.

(A suivre.) N. D.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 23 juillet 1891.
Présidence de M. le Dr Besnier.

Mycosis fongoïde. — M. Hallopeau présente un malade atteint de mycosis fongoïde avec tumeurs caractéristiques et placards érythémateux. Il porte en outre au prépuce une tumeur qui offre la plus grande ressemblance avec un chancre

Digitized by Google

induré. Adénopathies multiples siégeant exclusivement dans les régions qui correspondent aux tumeurs.

Il n'y a pas de prurigo dans le mycosis malgré l'intensité qu'atteint quelquefois le prurit. Ce fait peut s'expliquer par l'altération que présentent en pareil cas les papilles du derme.

Dermatite exfoliatrice. — M. Ducastel présente une jeune fille qui, à la suite d'un psoriasis léger, a été prise d'une dermatite exfoliatrice généralisée. Elle était de belle apparence autrefois, et assez intelligente. Depuis sa maladie, elle est tombée dans un état de cachexie très grand, et la dermatite lui a laissé des vergetures nombreuses sur les membres inférieurs.

L'auteur attribue ces vergetures à des troubles trophiques de même origine que la dermatite exfoliatrice elle-même.

Vitiligo. — M. Mathieu présente un malade atteint de vitiligo depuis 1882, époque de son entrée dans une raffinerie ou il travaillait nu.

On remarque surtout une hyperpigmentation de tout le corps et principalement des parties génitales. Le malade a eu une broncho-pneumonie et maintenant on trouve des bacilles dans ses crachats. Quelques symptômes plaideraient en faveur d'une maladie d'Addison, d'autant plus que l'on remarque une coloration fauve du voile du palais et des taches pigmentées sur le prépuce.

M. Vidal fait remarquer qu'il n'y a pas de coloration des muqueuses, ce qui fait réserver le diagnostic de maladie d'Addison.

M. Besnier est de son avis; il y a de l'hyperchromie et de l'achromie, le vitiligo est indéniable, mais non la maladie d'Addison. Le prépuce, pour les dermatologistes, se comporte comme la peau, non comme une muqueuse.

Excision de chancres syphilitiques. — M. Humbert donne lecture d'une communication au sujet de l'excision des chancres syphilitiques. Sur douze opérés, onze ont eu des accidents secondaires : un seul est resté indemne depuis deux ans et demi. Il avait cependant deux chancres syphilitiques indéniables sur la face interne du prépuce avec adénite caractéristique.

L'auteur est d'avis que c'est par hasard que l'on obtient la guérison par cette méthode. Il ne croit pas qu'en général, l'excision du chancre puisse guérir, pas plus qu'elle ne puisse atténuer la vérole. On aurait de plus grandes chances de succès si l'on pouvait, avant l'apparition du chancre, exciser le point où s'est faite l'inoculation. Ce n'est pas qu'il condamne cette opération ; il en est partisan toutes les fois qu'elle doit consister dans un simple coup de ciseau. C'est un bon moyen de guérison sinon de la syphilis, du moins d'un syphilôme qui pourrait durer des semaines, mais jamais il n'opère les chancres du gland ni ceux de la rainure.

M. A. Renault est d'avis que l'on ne peut considérer un malade comme guéri par l'excision qu'après l'avoir suivi pendant une période de vingt ou trente ans.

M. Barthélemy s'associe aux conclusions de M. Humbert. L'infection est généralisée dès la fin de la première semaine. Il faudrait que l'on pût enlever aussi les ganglions inguinaux.

Maladie de Weir-Mitchell. — M. Morel-Lavallée lit l'observation d'une malade atteinte d'érythromélalgie et qui, l'hiver, souffre d'asphyxie symétrique des extrémités. Elle est malade depuis 1870. Elle avait toujours eu les mains sensibles. Au printemps dernier, on s'aperçut que ses mains se gonflaient, devenaient d'un rouge cramoisi uniforme, crises provoquées par la chaleur extérieure et le travail de la digestion. Pas de douleur, surtout une sensation de chaleur et de tension. En hiver, les pieds et les mains sont glacés. Si la malade plonge ses mains dans l'eau chaude, aussitôt apparaît une tuméfaction rouge intense. La symétrie rarement absolue dans la maladie de Weir-Mitchell l'est ici rigoureusement. Les oreilles et les pommettes même sont affectées. Les troubles trophiques ne se voient jamais, et ici, à l'époque de la ménopause, les ongles s'exfolièrent. Il y a coexistence des maladies de Weir-Mitchell et de Maurice Raynaud. Il est à remarquer que la malade n'a jamais sué des mains plus qu'une personne ordinaire.

Traitement du lichen plan par l'hydrothérapie. — M. Jacquet a été amené à traiter ainsi une malade atteinte du lichen plan, parce qu'il regarde cette affection avec les dermatologistes contemporains (Fox, Hutchinson, Besnier, etc.), comme une dermatonévrose. Le succès de cette médication semble confirmer cette théorie. La malade était dans un état de nervosisme très aigu. Elle ne pouvait dormir. Le traitement habituel, arsenic, bains et glycérolé tartrique ne donna aucun résultat. L'hydrothérapie, au contraire, sous la forme de douches tièdes à 35° guérit la malade en quinze jours, sans autre traitement. Il y eut, au bout de trois semaines, une récidive, qui guérit par le même traitement, l'hydrothérapie, que l'auteur recommande dans les dermatoses liées à des troubles nerveux comme le lichen plan.

M. Besnier remarque que tous les antinerveux employés contre le lichen plan ont échoué, sauf l'antipyrine dans un cas. Il espère voir continuer ces recherches. Ce cas intéressant mérite d'être pris en considération.

M. Morel-Lavallée observe que l'on a donné l'antipyrine dans d'autres maladies de peau, l'urticaire, par exemple, et certains prurits.

Zona du trijumeau. — M. Barthélemy rapporte deux observations de zona. Dans un des cas, un zona du trijumeau fut suivi d'une paralysie tenace du facial, ce qui peut plaider en faveur de l'origine centrale de cette affection.

M. Besnier rappelle à ce sujet qu'un de ses élèves, en examinant un zona ophtalmique dans son service, contracta lui-même un zona ophtalmique qui fut suivi d'une paralysie faciale grave.

Syphilides pigmentaires du cou. — M. Alex. Renault a observé que, contrairement à ce qui a été dit, la syphilide pigmentaire du cou se développe à l'insu des malades bien avant le 6e mois, souvent deux ou trois mois seulement après le chancre initial. La syphilide pigmentaire du cou consiste en une pigmentation non uniforme, présentant un assez grand nombre de points décolorés formant comme des dentelures. Ces îlots blancs sont le point principal qui permet de distinguer la syphilide pigmentaire de quelques autres maladies dans lesquelles l'hyperpigmentation est uniforme. La syphilide pigmentaire du cou constitue un élément de diagnostic précieux.

L'auteur repousse le terme de mélanodermie qui a été proposé, car ce n'est pas dans l'hyperpigmentation seule que consiste la syphilide pigmentaire du cou : c'est surtout dans la dépigmentation que l'on remarque au milieu de l'hyperpigmentation.

M. Vidal demande si M. A. Renault a recherché la sensibilité de ces plaques blanches. Il pense que l'on doit y trouver une diminution de la sensibilité.

M. Besnier pense que la syphilide pigmentaire est le résultat d'une affection antérieure.

M. de Beurmann est du même avis; il a remarqué que les syphilitiques ont, à la période secondaire, un facies congestif particulier.

Eruption bromurique polymorphe. — M. Marty a observé un cas d'éruption bromurique chez une femme de 50 ans, qui présentait des taches érythémateuses et scarlatiniformes et des éléments papuleux et acnéiques. Il en conclut que cette observation montre une fois de plus que les bromures, même à faible dose, peuvent déterminer des accidents assez sérieux et notam-

Digitized by Google

ment des lésions cutanées. De plus, comme le malade a, depuis, repris du bromure sans accident, la tolérance d'un même médicament chez un même malade varie d'une époque à une autre, ainsi que l'a dit le Dr Fournier.

M. Arnozan, de Bordeaux, a envoyé une note sur un cas de **pseudo-pelade.**

M. Besnier dépose une note sur un cas de **stéatorrhée généralisée avec lypémanie (séborrhée concrète généralisée névropathique).**

M. Viennois (de Lyon) a adressé une observation, avec dessins à l'appui, d'**amputation spontanée des orteils** chez un syphilitique par un processus ulcéreux, térébrant et phagédénique.

P. C.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 juillet 1891

Présidence de M. le Dr Terrier

Laparotomie exploratrice dans les plaies pénétrantes de l'abdomen. — M. Reclus n'est pas partisan de l'intervention chirurgicale, lorsqu'il n'existe aucun symptôme de péritonite. Les plaies pénétrantes de l'abdomen par coup de couteau peuvent guérir spontanément, sans qu'il soit nécessaire d'ouvrir le ventre pour rechercher les perforations intestinales. Les deux observations suivantes, empruntées à M. Verneuil, confirment cette manière d'agir. Un lutteur de 25 ans reçoit un coup de couteau dans l'abdomen un peu à droite et au-dessous de l'ombilic ; une frange épiploïque sort par la plaie ; il n'existe pas de ballonnement du ventre. La plaie est désinfectée, la frange épiploïque liée et réséquée ; pansement antiseptique, compression ouatée sur le ventre. On fait une piqûre de morphine et l'extrait thébaïque est administré à l'intérieur. Le malade guérit sans aucun accident.

Un couvreur de 35 ans reçoit un coup de couteau dans le huitième espace intercostal gauche ; la pénétration est certaine, car l'épiploon sort par la plaie. L'état général du blessé est très satisfaisant. On fit le même traitement que dans le cas précédent et avec le même succès.

Les plaies de l'abdomen par instrument tranchant n'ont pas la même gravité que celles par balle de revolver ; elles peuvent guérir spontanément, quand bien même il existerait une perforation de l'intestin. En pareil cas, M. Reclus a coutume de s'abstenir de toute intervention, quand il n'existe pas de signes de péritonite. D'ailleurs à l'heure actuelle, les statistiques des laparotomies les mieux faites avec suture de l'intestin, sont encore mauvaises. Ce résultat n'engage donc pas à pratiquer l'opération.

M. Routier. — Lorsque le chirurgien conserve des doutes sur la possibilité d'une perforation intestinale ou d'une hemorrhagie interne, il doit intervenir. M. Routier fut appelé l'année dernière à l'hôpital Lariboisière auprès d'un homme qui s'était frappé d'un coup de couteau dans le ventre. Il existait une plaie à gauche et au-dessous de l'ombilic par laquelle sortait une frange épiploïque ; celle-ci avait été réduite par l'interne de garde. Cependant, comme du sang avait continué à couler par la plaie, il fit la laparotomie au niveau de la plaie abdominale. Des artères du muscle grand droit avaient été coupées et continuaient à saigner, un caillot gros comme une tête de fœtus remplissait l'abdomen, le péritoine était déchiré sur une longueur de 12 centimètres ; il n'existait pas de perforation de l'intestin. Nettoyage du péritoine, ligature des artères, suture de la plaie. Guérison. Il est certain que le malade serait mort d'hémorrhagie, si l'ouverture de la paroi abdominale n'avait permis la ligature des artères.

M. Terrier. — Un homme entre le 5 mars 1890 à l'hôpital Bichat, présentant du côté gauche et un peu au-dessus des épines iliaques une plaie de la paroi abdominale par coup de couteau à bords décollés, recouverte de caillots sanguins. Une frange épiploïque faisait hernie par l'orifice. L'interne de garde lava la plaie, réséqua l'épiploon, puis introduisit le doigt dans l'abdomen pour explorer l'intestin. Ne trouvant rien, il ferma la plaie et fit un pansement iodoformé.

Le blessé eut des vomissements dans l'après-midi et succomba le 7 mars. A l'autopsie, faite à la Morgue, on trouva une péritonite adhésive au début, et une petite perforation de l'intestin, qui avait été méconnue. Cette intervention avait donc été incomplète. Il est probable que le malade aurait guéri, si la plaie de l'intestin avait été suturée.

Le 9 mars 1891, une femme de 62 ans est amenée à l'hôpital à 3 h. 1/2 après une tentative de suicide. Il existait sur la ligne médiane, au-dessus du pubis, une plaie pénétrante de l'abdomen. Le pouls était irrégulier à 104, la température un peu élevée, le ventre légèrement ballonné. M. Hartmann, pensant qu'il existait peut-être une blessure de l'intestin, fit la laparotomie et constata l'intégrité des anses intestinales, suture de la plaie désinfectée, pansement iodoformé. Le lendemain, le pouls était devenu régulier, la température normale. La guérison fut complète. Il est certain que l'intervention dans ce dernier cas a eu pour effet de débarrasser la plaie et le péritoine des germes qui l'infectaient et de s'opposer au développement de la péritonite, résultat qui n'aurait pu être obtenu par un traitement médical, à plus forte raison s'il y avait eu perforation de l'intestin.

M. Jalaguier. — Les plaies par coup de couteau peuvent être aussi graves que celles par balle de revolver, et s'accompagner de lésions très étendues. Appelé à Lariboisière auprès d'un homme qui venait de recevoir un coup de couteau dans le flanc droit, et ne présentait aucun symptôme anormal, il entreprit cependant la laparotomie. Il trouva un hématome sous-péritonéal et une perforation du cœcum, qu'il sutura. Lavage du péritoine et pansement antiseptique. Le blessé mourut 48 heures après. A l'autopsie on trouva une péritonite au début ; la suture du cœcum avait tenu ; le gros intestin était rempli de sang provenant une plaie en séton du cœcum.

M. Jalaguier pense qu'il faut intervenir dans toutes les plaies pénétrantes de l'abdomen, même en l'absence de symptôme de péritonite ; celle-ci pouvant rester latente, ainsi que M. Nélaton l'a montré.

Influence curative de certaines laparotomies exploratrices. — M. Richelot. On sait que certaines affections incurables de l'abdomen avec ascite sont très heureusement modifiées dans leur marche par une simple laparotomie. La péritonite tuberculeuse est le triomphe de ce genre d'opération ; cependant elle ne réussit pas seulement dans les affections néoplasiques de l'abdomen. M. Richelot apporte deux observations d'ovaro-salpingites avec adhérences des anses intestinales et enclavement de l'utérus, absolument inopérables, dans lesquelles la laparotomie seule, sans rupture d'adhérence ou la moindre extirpation d'organe malade, réussit à faire disparaître les douleurs anciennes et à rendre la santé.

M. Tillaux pense que dans les cas de ce genre la suppression des douleurs est due le plus souvent à la destruction d'adhérences péritonéales.

Les séances reprendront le premier mercredi d'octobre.

H. M.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 31 *juillet* 1891

Présidence de M. le Dr Labbé.

L'artério-sclérose de la pointe du cœur (contribution à l'étude des localisations myocardiques). — MM. H. Huchard et A. Weber. — Il ne faut pas croire que la sclérose

Digitized by Google

se généralise toujours à tout le cœur; au contraire le plus souvent elle se localise dans des régions déterminées de l'organe et cela se comprend puisque la dégénérescence scléreuse de la fibre cardiaque est sous la dépendance de l'altération vasculaire, comme les auteurs s'attachent à le démontrer depuis plusieurs années. D'un autre côté, il faut faire jouer au *siège* de la lésion plus qu'à son étendue ou à son intensité un rôle important pour la production de certaines formes cliniques et pour le pronostic, et c'est ainsi que, prononçant pour la première fois le nom de *localisations myocardiques* (leçon sur les mal. du cœur et des vaisseaux 1889), M. Huchard a décrit pour la première fois la *myocardite de la cloison*.

De plus, le siège d'une cardio-sclérose très localisée dans dans un point situé à la limite inférieure du tiers supérieur du ventricule près de la cloison, véritable point vital du cœur et centre de coordination des ventricules, d'après Kronecker et Schmey, est capable de déterminer des accidents rapidement mortels. Enfin, la sclérose peut siéger seulement à la pointe du cœur, ce qui en fait une variété clinique importante. Ces scléroses *partielles* du cœur sont très intéressantes à étudier ; elles apportent un argument nouveau à la théorie ischémique et dystrophique de l'artério-sclérose du cœur; elles rendent compte de la diversité clinique des cardiopathies artérielles, elles font comprendre la production d'anévrysme et de rupture du cœur si bien étudiées par les thèses de Pelvet (en 1867) et de Le Piez (en 1873). Et si ces accidents sont relativement rares dans la sclérose de la pointe, c'est parce que souvent des caillots sanguins fibrineux très adhérents à la paroi amincie augmentent l'épaisseur de la paroi, c'est parce que l'oblitération d'un territoire vasculaire est souvent compensée par des suppléances circulatoires qui s'établissent non seulement au moyen des grandes anastomoses des artères cardiaques avec les artères bronchiques, mais aussi à l'aide d'*artères coronaires supplémentaires* décrits par Vieussens il y a près de deux cents ans et dont l'*artère graisseuse* est une des variétés importantes.

Au point de vue histologique, l'artério-sclérose de la pointe réalise absolument les caractères de la sclérose *dystrophique* si bien étudiée par H. Martin et que MM. Huchard et Weber ont décrite il y a cinq ans. Il s'agit là de grands îlots, de vastes champs de sclérose qui se forment d'un seul bloc, sans que l'on observe de lésoins de transition. Le passage de la sclérose au parenchyme normal se fait brusquement, et tout à côté d'une vaste dégénérescence scléreuse du myocarde se trouvent des fibres musculaires absolument intactes.

Dans les myocardites aiguës des maladies infectieuses que M. Huchard a fait connaître pour la première fois, il y a vingt ans, avec M. Desnos, il est encore possible de reconnaître l'existence de sclérose aiguë *partielle* du muscle cardiaque, et ce qui fait croire faussement a la généralisation de la lésion, c'est l'aspect jaune feuille morte étendue à tout l'organe ; or, cet aspect n'est pas toujours le signe d'une myocardite artérielle, il résulte de la diminution et de l'altération de l'hémoglobine de la fibre cardiaque (Pitres) et il est possible que cette altération de l'hémoglobine musculaire devienne à son tour une cause de dénutrition directe du myocarde. Ce processus est donc différent de ceux qu'étudient MM. Huchard et Weber, et qui est caractérisé par la transformation scléreuse *indirecte* du myocarde et toujours consécutive à l'artérite coronaire. Cette endartérite coronaire a été démontrée pour la première fois dans les maladies infectieuses par MM. Desnos et Huchard et confirmée depuis par les recherches d'autres auteurs.

Ainsi donc, qu'il s'agisse d'un processus aigu ou chronique, d'une myocardite aiguë ou chronique, la limitation, la localisation des lésions scléreuses ou dégénératives est un argument irréfutable en faveur de l'origine artérielle de ces graves transformations, et les faits d'artério-sclérose localisée à la pointe du cœur justifient encore cette démonstration.

Lorsque la pointe du cœur, si riche en trabécules musculaires, si pauvre en éléments nerveux, vient à être sclérosée, il en résulte un trouble profond dans le fonctionnement du cœur, une tendance à la cardiectasie et aux accès asystoliques, une prédisposition aux insuffisances fonctionnelles de la mitrale et à l'impuissance du myocarde. Sur sept cas observés, la maladie s'est terminée trois fois par mort subite.

Sans doute, il ne faut pas faire de localisation myocardique à outrance, mais il est cependant utile d'attribuer au *siège* de la lésion une grande importance clinique parce que ce sont ces variétés de siège qui doivent rendre compte de la diversité d'aspect des cardiopathies artérielles qui prennent les formes dyspnéique, angineuse, tachycardique, arythmique, etc. Ces localisations myocardiques et le mode de production de ces scléroses dystrophiques (consécutives à l'endartérite) prouvent que le terme de myocardite interstitielle chronique, accepté encore par la plupart des auteurs, consacre une erreur anatomique; il n'y a pas d'inflammation, mais une dégénérescence du myocarde, ce qui prouve qu'on doit à l'avenir substituer aux mots de myocardite aiguë ou chronique, ceux d'*artério-sclérose du cœur* ou de *cardio-sclérose*.

Le diagnostic de la cardio-sclérose est très facile, contrairement à l'opinion commune et pour l'établir, on n'a qu'à se rappeller toujours les quatre lois cliniques suivantes, que M. Huchard a formulées la première fois et qu'il a confirmées dans ses études poursuivies depuis six ans sur ce sujet avec M. Weber :

1° L'insuffisance rénale est un symptôme PRÉCOCE et presque constant de toutes les cardiopathies artérielles, même en l'absence d'albuminurie.

Corollaire. — Il en résulte, dans ces maladies, tout un ordre de symptômes et d'accidents ayant une origine TOXIQUE et devant être combattus par une médication et une alimentation appropriées (laitage, régime végétarien, etc.).

2° En raison de la lésion dégénérative du myocarde qui en affaiblit la résistance, toute cardiopathie artérielle est en imminence continuelle de dilatation cardiaque;

3° le rythme du cœur étant *une fonction du muscle cardiaque* et non de son système nerveux, toute cardiopathie artérielle a une tendance à s'accompagner, d'une façon continue ou paroxystique, de symptômes arythmiques ;

4° Suivant la localisation des lésions (aux piliers valvulaires, à la pointe du cœur, aux régions ganglionnaires, au point vital du cœur, etc.), la maladie prend des formes diverses ; elle peut se terminer lentement par asystolie, ou brusquement par la mort subite.

Méningite et abcès tuberculeux du cerveau. — M. RENDU recevait le 29 juin dans son service une femme de 38 ans, qu'il avait soignée à diverses reprises pour des accidents asystoliques, consécutifs à un rétrecissement mitral. Cette fois le tableau clinique était tout différent des crises habituelles. Elle était pâle, amaigrie, ne mangeait plus, présentait une oppression notable sans œdème des membres inférieurs, se plaignait de maux de tête persistants qui l'empêchaient de dormir. On ne trouvait rien d'anormal au cœur en dehors des signes du rétrecissement mitral. La poitrine était remplie de râles sibilants, comme dans la bronchite ordinaire.

Le 3 juillet, on ouvrit un petit abcès froid de l'avant-bras, qui s'était formé sans avoir déterminé aucune réaction inflammatoire.

Le 16 juillet, on observe une prostration marquée, une faiblesse générale, de la somnolence, un affaiblissement de la mémoire, du bredouillement de la parole comme dans l'aphasie. M. Rendu pense à un ramollissement cérébral probable, au voisinage de la circonvolution de Broca.

17. — La céphalalgie persiste avec la même intensité. De plus il existe une paralysie faciale gauche avec parésie du

Digitized by Google

membre supérieur gauche ; aphasie peu accentuée ; pouls lent et intermittent, comme dans les paralysies bulbaires. Le lendemain apparaissent tous les signes d'une méningite tuberculeuse. La malade succombe le 20 juillet.

A l'autopsie, outre les lésions caractéristiques du rétrécissement mitral, on trouva une méningite tuberculeuse occupant principalement la base de la pie-mère et la région sylvienne, un abcès du corps opto-strié droit, un autre abcès plus petit dans le lobe droit du cervelet, et une germination de tubercules dans les poumons, le péritoine et les reins En aucun point il n'existait de ramolissement cérébral. L'abcès du cerveau contenait de très nombreux bacilles de Koch.

Cette observation est un exemple intéressant de tuberculose d'abord localisée à l'avant-bras, généralisée ensuite dans tout l'organisme, envahissant en dernier lieu les centres nerveux et se terminant sous forme d'une méningite aiguë.

En raison des vacances, les séances recommenceront le deuxième vendredi d'octobre.

Dr H. Marciquey.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 août 1891

Présidence de M. le Dr Tarnier.

M. Nadaud demande l'ouverture d'un pli cacheté. Ce pli renferme la description d'un procédé de traitement de la tuberculose par l'aristol. L'auteur propose la solution suivante :

Aristol ..... 1 gramme
Huile d'amandes douces..... 100 centimètres cubes

On injecte sous la peau, matin et soir, 2 centimètres cubes de cette solution. Les effets seraient très prompts. L'aristol n'est pas toxique. Il n'y a pas d'effet local. Au bout de vingt-cinq jours, certains malades aux premier et deuxième degré étaient tellement améliorés, qu'ils se considéraient comme guéris.

Epithélioma du frontal. — M. Terrier rapporte l'histoire d'une femme de 52 ans mariée à un syphilitique. Peu de temps après son mariage, il survint une petite tumeur du frontal qui disparut après quelque temps. Quelques années après, elle s'exulcéra à la suite d'une brûlure. Elle guérit assez vite. Récemment la malade constata que, dans la cicatrice, il existait une grosse tumeur occupant tout le frontal du côté gauche, gagnant jusqu'au niveau des insertions du temporal, empiétant un peu sur l'autre côté. Un traitement antisyphilitique ne donna pas de résultat.

On fit une incision qui pénétra jusqu'à la dure-mère qui était atteinte ainsi que l'os du côté de la ligne médiane; on enleva six centimètres de la faux du cerveau et une partie du sinus longitudinal. La guérison fut rapide.

Prophylaxie de l'ophtalmie des nouveau-nés. — M. Valude. — L'introduction en obstétrique de la méthode de Crédé, c'est-à-dire l'instillation, au moment de la naissance, dans les yeux de l'enfant nouveau-né d'une solution de nitrate d'argent à 2 0/0 a fait tomber considérablement la proportion des ophtalmies. Toutefois l'application de cette méthode n'est pas toujours parfaitement réalisable parce que la solution de nitrate d'argent, même conservée dans les meilleures conditions, s'altère et devient inactive et d'autre part, les sages-femmes n'ont pas qualité pour prescrire une solution d'un sel aussi caustique ; et c'est chez les sages-femmes des grandes villes que se produit la majeure partie des ophtalmies des nouveau-nés, qui aboutissent aux pires conséquences. Il serait donc intéressant de vulgariser l'emploi d'une méthode facile à mettre en pratique, innocente dans ses conséquences immédiates, et en même temps sûre. La poudre d'iodoforme insufflée au moment de la naissance dans les yeux des nouveau-nés, semble répondre à ces désidérata sans présenter les quelques inconvénients du nitrate d'argent.

La poudre d'iodoforme, en effet, peut se conserver longtemps sans altération ; elle ne peut être confondue avec aucune autre substance et l'usage peut en être permis aux sages-femmes. L'insufflation de la poudre d'iodoforme est aussi facile que l'instillation d'une solution de nitrate d'argent et l'on ne constate pas après l'iodoforme la petite réaction conjonctivale qui marque l'usage du nitrate d'argent ou du simple jus de citron employé avec succès par M. Pinard.

En raison de ces quelques avantages de commodité, il y aurait donc un motif d'adopter le mode de désinfection des yeux des nouveau-nés par la poudre d'iodoforme s'il était démontré que par ce moyen la prophylaxie de l'ophtalmie est aussi bien assurée que par le nitrate d'argent.

Or, les statistiques recueillies dans le service de MM. les Drs Tarnier et Bar, portant sur un chiffre de plus de 500 enfants, m'ont montré que, toutes choses égales, d'ailleurs, désinfection maternelle et hygiène nosocomiale, la proportion des ophtalmies était *deux fois moindre* avec insufflation de l'iodoforme qu'avec l'application de la méthode de Crédé.

La poudre d'iodoforme finement porphyrisée se loge dans les culs de sac conjonctivaux, s'y maintient pendant plusieurs jours en assurant l'asepsie du champ oculaire. La désinfection de l'œil est ainsi assurée sans qu'on ait rien à redouter du côté de la cornée que l'iodoforme ne peut attaquer. De plus, il semble que les ophtalmies, qui se déclarent malgré cette prophylaxie, aient perdu une partie de leur virulence, la cornée est rarement attaquée et surtout compromise après la désinfection par la poudre d'iodoforme.

La nouvelle méthode peut se formuler ainsi : aussitôt après la naissance, pendant le court instant d'arrêt qui précède la section du cordon, on essuiera les yeux du nouveau-né avec une boulette de coton hydrophile imbibée d'un liquide antiseptique quelconque et on insufflera, entre les paupières entr'ouvertes, une petite quantité de poudre d'iodoforme finement pulvérisée.

Cette insufflation ne sera pas répétée.

Traumatisme du cerveau. — M. Polaillon présente un jeune homme de 18 ans qui reçut un violent coup de poing sur la main. Il tenait alors son parapluie, l'extrémité inférieure en haut et au niveau de l'œil. Sous l'influence du choc, la pointe du parapluie pénétra profondément dans l'œil. Ce ne fut qu'à grand' peine qu'on put arracher l'extrémité du parapluie qui avait pénétré dans le cerveau. M. Poirier fit une incision en arc de cercle sur le frontal au-dessus de l'orbite, détacha au maillet et à la gouge un morceau du frontal de la dimension d'une pièce de 5 francs.

On fit un nettoyage soigneux et on mit un drain. Le malade guérit.

De la toxicité des urines. — M. Semmola rappelle les travaux de Bouchard et insiste sur l'importance clinique de l'examen des urines. Dans les maladies infectieuses, la toxicité des urines augmente considérablement. Dans ces affections, la plupart des accidents sont dûs à un empoisonnement. Il faudrait donc connaître les principes toxiques de l'urine, mais ce sujet est encore à l'étude et, de plus, au cours d'une maladie, le temps manque pour faire ces recherches.

M. Semmola a eu l'idée de substituer à l'analyse chimique des urines, dans les maladies aiguës, l'analyse biologique. Dans les affections graves, il fait des injections d'urine à des animaux et compare ce qui se passe chez eux à ce qu'on observe chez le malade. Il espère arriver ainsi à des données utiles pour le diagnostic et le pronostic. Il cite l'exemple d'un jeune homme de 20 ans, atteint d'une pneumonie infectieuse consécutive à l'influenza.

Digitized by Google

Le quatrième jour, il y eut des attaques convulsives. On crut à une méningite cérébro-spinale imminente. Les urines furent recueillies et injectées à des cobayes, en procédant au début avec des faibles doses. Des accidents identiques à ceux du malade se produisirent chez les animaux. Vingt-quatre heures après, les attaques convulsives cessèrent chez le malade et les urines injectées ne produisirent pas de convulsions chez les cobayes.

Un homme atteint de phlegmon grave tomba dans le coma. Les urines injectées à des cobayes ne reproduisirent pas ce symptôme chez ces animaux. On conclut que le coma n'était pas un symptôme aussi grave qu'on le croyait d'abord et, en effet, le malade guérit.

Traitement de la conjonctivite granuleuse. — M. Abadie rappelle l'ancien traitement par les cautérisations et son inéfficacité. Aujourd'hui, il procède de la façon suivante : La méthode consiste d'abord dans le renversement complet de la paupière supérieure et dans la mise à nu du cul-de-sac conjonctival supérieur qui est le vrai foyer de l'infection.

Pour faire ce renversement, on soumet le malade au chloroforme et on saisit la paupière avec une forte pince ou avec une pince à forcipressure de Péan. Puis on enroule la paupière supérieure. Avec un bistouri, on fait des scarifications nombreuses sur la muqueuse et, avec une brosse à dents, trempée dans une solution de sublimé à un cinq centième on fait des frictions énergiques. Ce traitement donnerait, d'après M. Abadie, des résultats excellents.

Traitement local de l'endométrite. — M. Dumontpallier rappelle ses communications antérieures sur le traitement de l'endométrite par le chlorure de zinc. Il a cherché depuis à se servir d'autres substances et a eu recours au sulfate de cuivre. Ce sel n'a pas d'action toxique et c'est, de plus, un excellent antiseptique. Dans l'endométrite chronique, ils se sert d'un crayon de sulfate de cuivre laissé à demeure. Dans la métrite purulente et hémorragique, il a retiré de ce procédé de sérieux avantages, sans qu'il y ait eu les inconvénients reprochés au chlorure de zinc.

Le sulfate de cuivre produit des résultats très satisfaisants, supérieurs à ceux obtenus avec le curettage. Le manuel opératoire est plus simple que ce dernier : il est à la portée de tous les médecins et ne produit jamais de complications graves.

Les crayons qu'on introduit sont composés d'une partie de sulfate de cuivre et d'une partie de farine de seigle. Ils ont une longueur de sept centimètres et demi. Ils ne produiront la plupart du temps qu'une douleur très légère. Souvent ils n'en causent aucune.

Après avoir introduit le crayon, on remplit le vagin de gaze iodoformée.

Le quatrième ou cinquième jour, on enlève le pansement. Le sixième ou septième jour, on fait des examens au spéculum. S'il n'y a pas d'écoulement, tout se borne là. S'il en existe un, on introduit un nouveau crayon.

Les résultats sont satisfaisants dans toutes les endométrites. Il n'y a pas d'atrésie consécutive du col. Les règles reprennent leur cours régulier. La durée moyenne du traitement est de onze jours. Dans les métrites purulentes tenaces, cette moyenne s'élève à vingt-cinq jours. Dans les formes hémorrhagiques si on n'obtient pas la guérison avec le sulfate de cuivre, il faut recourir au chlorure de zinc. La moyenne du traitement par le sulfate de cuivre, est de vingt-deux jours, celle du traitement par le chlorure de zinc est de onze à treize jours.

Les avantages du traitement par le sulfate de cuivre sont : la facilité du procédé, l'absence de complications graves, la courte durée du traitement, la persistance de la guérison. On doit donc commencer par traiter ces métrites par les crayons de sulfate de cuivre. On réservera le chlorure de zinc pour les cas rebelles.

F. R.

INFORMATIONS

PARIS

Toujours la question de la greffe du cancer. — On la croyait terminée. Quelle erreur ?

A la tribune académique, on avait déclaré que le coupable était de nationalité étrangère. Nous nous en réjouissions tous et nous nous disions : si l'humanité a eu à souffrir, du moins ce n'est point du fait de nos compatriotes.

Aujourd'hui 27 juillet, un journal politique, le *Gaulois*, a fait une enquête et nomme le chirurgien et les témoins de l'opération. Il serait, ajoute-t-il, Français. Ici étranger, là Français; voyons, de même qu'il a un sexe, cet opérateur a une nationalité. On hésite entre les deux témoignages; on demande donc un peu de lumière. Au lieu d'une poursuite judiciaire, il serait plus utile d'ouvrir une enquête académique, de façon à fixer l'opinion sur la valeur de ces témoignages contradictoires et à effacer définitivement une imputation préjudiciable à la bonne réputation du corps chirurgical français dont on aime toujours à rappeler les traditionnels sentiments d'humanité.

NOUVELLES MILITAIRES

FRANCE

Nominations dans le corps de santé militaire. — (Réserve). *Au grade de médecin-major de 2e classe.* MM. les aides-majors de 1re classe : Nau, Leray, Chiais, Gidon.

Au grade de médecin aide-major de 1re classe. MM. les aides-majors de 2e classe : Rolland, Genot, Bruchet, Bordas, Leconte, Leclère, Dumeige, Battesti, Ficatier, Tourvieilhe, Ducroux, Demmier, Thomas, Letort, Guillot, Dagincourt, Peyzonnet, Toison, Thiroux, Baratier, Mesnard.

Transport des blessés en chemin de fer. — Mardi 27 juillet, on a procédé à des expériences, sur la ligne de Paris à Dieppe, afin de juger de la valeur des appareils de suspension des brancards dans les bains sanitaires improvisés.

Dans chaque compartiment étaient placés des systèmes de suspension de divers modèles, présentés notamment par MM. Améline, le comte de Beaufort, le Dr Deprés, le Dr Bréchot, etc., où étaient accrochés les brancards réglementaires. Certains de ces systèmes de suspension admettent le couloir central avec trois rangées de cadres superposés à la place des banquettes; d'autres se composent d'un bâtis central métallique qui sépare et soutient les trois rangées de supports.

Pendant le trajet, des ouvriers d'administration représentant « les blessés », étaient couchés dans les brancards, tandis que le train accomplissait les mouvements ordinaires de marche, d'arrêt lent et brusque, et de stationnement.

Un rapport ultérieur de la Commission d'études fera connaître le résultat décisif, on l'espère, de ces expériences auxquelles la direction du service de santé attache une grande importance.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDECINE ET CHIRURGIE D'ARMEE

Bertrand et Fontan. — Note sur l'entero colite épidémique des pays chauds. (*Archives de méd. navale*, juin 1891).

Clarac. — Notes sur les cheloïdes observés chez le noir et principalement de la chéloïde de l'oreille. (*Archives de méd. navale*, p. 459, juin 1891).

Coustan et Debrulle. — Etiologie de la fièvre typhoïde. (*Montpellier méd.*, 1er juillet 1891).

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

PARIS. — IMP CHARLES SCHLAMBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ

Digitized by Google

Cinquième Année — N° 33 — 12 Aout 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. Bar, E. Barié, Béclère, Brocq, Demelin, Du Castel, Gingeot, Charles Mauriac, Picqué Al. Renault, Rieffel, Schwartz

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES

Hôpital de Bicêtre. — M. le Dr Charpentier

Du rôle de l'alcoolisme dans la paralysie générale.

Il n'est pas rare de rencontrer dans les services d'aliénés des malades qui, après avoir présenté un mélange de signes physiques et mentaux communs à la paralysie générale et à l'alcoolisme, sont inscrits sous le nom d'excitation maniaque et finissent par guérir et quitter l'asile. Sont-ce des paralytiques généraux guéris sans rémission, sont-ce des alcooliques ayant simulé la paralysie générale ? A défaut d'autopsies on ne peut faire que des hypothèses non vérifiables. Mais à côté de ces sujets qui guérissent, il en est d'autres qui ne guérissent pas, chez lesquels même la marche de la maladie est assez rapidement fatale et à propos desquels les recherches nécroscopiques peuvent être divisées en deux ou trois groupes principaux (1).

Les uns présentent des lésions viscérales, congestion, hypertrophie, stéatose, piquetés hémorrhagiques dans le foie, les reins, le cœur, les poumons ou des lésions des capillaires artériels ou même de lésions méningées, hypérémies ou phlegmasies ; mais peu ou point de cette sclérose interstitielle proliférante diffuse caractéristique de la paralysie générale.

Les autres, après avoir présenté plus ou moins les mêmes symptômes pendant la vie, après avoir été reconnus pour des alcooliques avérés comme les précédents, offrent à l'autopsie les lésions caractéristiques de la paralysie générale, mais aucune de ces lésions réellement imputables à l'alcoolisme ; en dehors du système cérébro-spinal, les recherches sont négatives.

Et cependant, nous le répétons à dessein, les uns et les autres, — avec des variantes, bien entendu, — entrés avec de l'excitation maniaque subaiguë ou plus avancée, avec des idées délirantes naïves, multiples, mobiles, contradictoires, avec parfois des hallucinations terrifiantes, avec de l'inégalité pupillaire, de l'embarras de la parole, des erreurs et de l'hésitation dans le langage, le tremblement fibrillaire de la langue, des lèvres et des muscles du visage, les tremblements ou les secousses spasmodiques des membres, avec les antécédents bien constatés d'abus alcooliques, les uns et les autres ont présenté ce mélange des symptômes communs à la paralysie générale et à l'alcoolisme ; les symptômes ont marché assez rapidement avec ou sans rémission ; ils sont morts soit subitement, soit par asphyxie lente ou rapide ou par complication pulmonaire, soit dans le marasme paralytique, sans que rien pendant la vie ait pu faire pencher le diagnostic soit vers la paralysie générale alcoolique ou vers la pseudo-paralysie générale alcoolique, suivant les théories, soit vers l'alcoolisme simulant la paralysie générale. Seule, l'autopsie a pu bien nettement différencier de tels sujets en deux groupes.

A côté de ces deux grands groupes de lésions cérébrales ou viscérales alcooliques avec absence de lésions caractéristiques de la paralysie générale et de lésions de paralysie générale sans autres altérations importantes imputables à l'alcoolisme, nous devons ajouter que nous avons aussi trouvé, associés chez un même sujet, les lésions de la paralysie générale et de l'alcoolisme.

De tels faits peuvent nous renseigner à propos de la question : du rôle de l'alcoolisme dans la paralysie générale. Nous y voyons que :

1° L'intoxication alcoolique peut borner ses effets au tissu conjonctif interstitiel cérébro-spinal et produire les lésions de la paralysie générale sans exercer d'action simultanée sur les autres systèmes ou organes.

2° La même intoxication peut produire un complexus clinique absolument semblable à celui de la paralysie générale sans qu'à l'autopsie on retrouve les lésions caractéristiques de la paralysie générale. S'il y a des cas dans lesquels le diagnostic est possible, il en est d'autres où, à moins d'admettre par une pétition de principe, c'est-à-dire par un sophisme, que l'erreur est impossible, la confusion est telle que l'on ne pourra dire s'il s'agit de paralysie générale alcoolique ou d'alcoolisme simulant la paralysie générale.

3° Les recherches cliniques et les autopsies ne permettent pas d'affirmer que la paralysie générale n'existe pas.

Il n'y pas de sclérose cérébrale, interstitielle, proliférante, diffuse sans paralysie générale, ceci est certain, mais qu'il existe un complexus symptomatique simulant la paralysie générale sans les lésions de celle-ci, c'est ce que j'incline de plus en plus à croire et, si cette tendance devenait une réalisation, on comprendrait très bien que les cas de guérison ainsi que l'absence de lésions anatomo-pathologiques de la paralysie générale considérées jusqu'ici comme constantes ne sauraient plus alors être invoquées comme des objections irréfutables contre les pseudo-paralysies générales qui cesseraient ainsi d'être considérées comme des pseudo-diagnostics et prendraient même leur vrai nom, celui de paralysies générales. Penser anatomiquement, en-

(1) Communication au Congrès de médecine mentale de Lyon, le 3 août 1891.

Digitized by Google

chaîner le symptôme à la lésion, rattacher la maladie à des désastres organiques ou systématiques est incontestablement la méthode scientifique par excellence, mais sous cette réserve de l'esprit de ne jamais considérer comme un dogme, comme un article de foi les recherches les plus légitimes, même les mieux établies, si celles-ci viennent à être contredites par des recherches également établies ; il convient alors de rentrer dans le scepticisme observateur.

A notre avis, toutes ces pseudo-paralysies (alcoolique, saturnine, syphilitique, arthritique, toxique, etc.,) quand il n'y a pas d'erreur de diagnostic résultant de l'interprétation erronée des symptômes, doivent être considérées comme des paralysies générales et cela même en l'absence des lésions caractéristiques de la paralysie générale, car, pour nous, ces lésions ne sont que des résultats anatomiques de désordres généraux de la nutrition, que l'expression localisée d'une altération générale de l'organisme.

Il est à remarquer que les délires qui ont été ou sont le plus facilement confondus avec le délire aigu sont des délires toxiques ou infectieux ; il est à remarquer aussi — et c'est ce que nous avons fait dans un précédent travail sur les paralysies générales par intoxication, — que les maladies qui produisent la soi-disant paralysie générale sont également des maladies infectieuses ou toxiques. Pour réunir ces états en apparence disparates, il n'y a qu'un pas à faire ; c'est de considérer le délire aigu comme une maladie toxique et la paralysie générale comme l'expression d'une intoxication générale plus spécialement localisée dans le tissu cellulaire cérébro-spinal.

Dans cette hypothèse, il n'y aurait plus une paralysie générale unique, il n'y aurait plus de pseudo-paralysies générales ; il y aurait des paralysies générales de causes variées, à marches variées, à formes variables avec ou sans lésions anatomo-pathologiques et dans ce cas la paralysie alcoolique serait une des formes les plus fréquentes de la paralysie générale.

Les considérations qui précèdent sont déduites de l'analyse de cent trente-cinq cas observés depuis 1884 dans notre service de Bicêtre et, ayant présenté le complexus symptomatique, désigné sous le nom de paralysie générale. Ces cent trente-cinq cas comprennent quatre-vingt-trois sujets décédés, trente malades sortis guéris ou en rémission, vingt-deux autres repris par leurs familles ou transférés dans d'autres services. Les quatre-vingt-trois décès nous ont fourni soixante-huit autopsies. Sur les soixante-huit autopsies, vingt-cinq sujets n'avaient aucun antécédent alcoolique et ont présenté les lésions de la paralysie générale ; les quarante-trois autres avaient des antécédents alcooliques. Quatorze fois nous avons trouvé réunies les lésions de la paralysie générale et des lésions viscérales plus ou moins anciennes, imputables à l'alcoolisme ; nous n'avons jamais cependant trouvé de cirrhose atrophique rénale ou hépatique. Vingt-une fois nous avons trouvé les lésions de la paralysie générale sans traces de lésions alcooliques en dehors du système nerveux. Dans huit cas, malgré des recherches attentives jointes à l'investigation histologique, il n'a été trouvé aucune des lésions dites caractéristiques de la paralysie générale, mais bien des altérations de nature alcoolique, soit dans les viscères, soit exclusivement dans les méninges. Pour ces huit derniers cas on pourra toujours facilement objecter que les recherches histologiques n'ont pas été suffisantes ; mais nous ne pouvons discuter la valeur d'une pareille objection, car comment prouver que ces recherches ont été exactement faites?

Ce qui est au-dessus de la discussion, c'est la forte proportion des alcooliques : 43 cas sur 68 autopsies, 57 cas sur 80 décès, 26 cas sur les 30 malades sortis en période de rémission ou en apparence de guérison ; en résumé : 83 alcooliques sur 113 paralytiques généraux.

Je dois ajouter que je n'ai pas souvent trouvé l'alcoolisme comme cause unique ; je l'ai trouvé associé à d'autres causes et souvent à plusieurs facteurs réunis.

Dernier détail : je n'ai noté que sept fois la syphilis avérée dans ces cent trente-cinq cas et toujours elle était associée à l'alcoolisme ; six malades sur sept ont présenté cet ensemble symptomatique, résultant de l'association, du mélange ou de la combinaison des troubles de l'ataxie locomotrice et de ceux de la paralysie générale ; toujours les symptômes ont apparu longtemps après la disparition des accidents syphilitiques. Aucun n'a guéri.

Nous nous résumons dans les conclusions suivantes :

1° Rien ne permet d'affirmer que la paralysie générale n'existe pas.

2° C'est chez les alcooliques que la paralysie générale acquiert son maximum de fréquence (83 cas d'alcoolisme avéré sur 135 cas de paralysie générale).

3° La forme spéciale de la paralysie générale alcoolique est déterminée par les symptômes de l'intoxication alcoolique.

4° La paralysie générale alcoolique est plus grave chez les grands buveurs qui n'ont jamais présenté d'ivresse ni autres troubles cérébraux ou mentaux avant le début des symptômes de la maladie.

5° L'intoxication alcoolique peut produire tout le complexus symptomatique dénommé paralysie générale, sans qu'à l'autopsie on trouve la lésion caractéristique de la paralysie générale, c'est-à-dire la sclérose cellulaire, interstitielle, proliférante, diffuse.

6° Il n'y a pas de sclérose interstitielle proliférante diffuse sans paralysie générale, mais il peut y avoir paralysie générale sans cette lésion anatomique.

7° La théorie de l'intoxication que nous avons exposée à la Société médico-psychologique de Paris pour expliquer la paralysie générale, cette théorie, appliquée à l'intoxication alcoolique, permet de comprendre et de réunir dans un même ensemble tous les troubles cérébraux dus à l'alcool depuis l'ivresse jusqu'à la démence paralytique ou non paralytique, les cas suraigus ou rapidement mortels, les cas d'incurabilité, les cas de rémission et les cas de guérison, quelle que soit la forme cérébrale qu'ait revêtue l'alcoolisme.

Digitized by Google

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE ET DE DERMATOLOGIE

I. *De certaines manifestations oculaires de la syphilis et de leur traitement.* — II. *De l'albuminurie liée à la blennorrhagie.* — III. *Hérédité syphilitique anormale.*

Notre intention n'est pas, dans cette revue, d'exposer un résumé, même succinct des multiples questions de dermatologie et de vénéréologie, agitées durant ces derniers mois. Fidèle à l'esprit de ce journal, nous envisagerons exclusivement les travaux qui ont un intérêt pratique, c'est-à-dire qui apportent des éléments nouveaux et utiles à la clinique, au diagnostic et à la thérapeutique.

I. **De certaines manifestations oculaires de la syphilis et de leur traitement.** — Au mois d'avril dernier, M. le Dr Abadie a attiré l'attention sur certaines lésions oculaires encore mal connues et qui relèvent de la syphilis héréditaire. Il n'y a pas que la kératite parenchymateuse, déjà décrite par Hutchinson, qui puisse être attribuée à cette tare; pour M. Abadie, quelques choro-rétinites reconnaissent cette même origine. Elles se révèlent à l'ophtalmoscope sous forme de foyers, dispersés un peu partout ou circonscrits à la région de la macula.

On peut observer des lésions oculaires analogues chez les individus qui contractent la syphilis à un âge avancé, c'est-à-dire après 60 ans. Indépendamment de l'iritis, susceptible de les atteindre, on constate quelquefois chez eux une infiltration de la rétine et de la pupille, ainsi qu'un trouble du corps vitré.

Ces altérations, il est vrai, ne peuvent être reconnues qu'à l'ophtalmoscope et la plupart des praticiens ne possèdent pas cet instrument ou n'ont pas l'habitude de le manier. Aussi importe-t-il de savoir s'il n'existe pas d'autres moyens capables de mettre sur la voie. Or il y a un signe qui donne immédiatement l'éveil. C'est l'abaissement rapide de la vision, pouvant aller dans quelques cas jusqu'à la cécité.

Méfions-nous donc de l'amblyopie, survenant brusquement chez un syphilitique héréditaire ou sénile.

C'est alors qu'il est urgent d'intervenir promptement par la médication spécifique. Mais à quel médicament s'adresser et de quelle façon s'en servir?

L'iodure de potassium est inefficace.

C'est au sublimé qu'il faut recourir, en injections sous-cutanées et à la dose de un centigramme tous les deux jours. L'asepsie la plus absolue est de rigueur. La seringue sera conservée dans la glycérine phéniquée à 1 0/0. Tous les deux jours, on injectera, alternativement, dans les régions fessières et lombaire, XX gouttes d'une solution de sublimé à 1 p. 0/0, c'est-à-dire un centigramme de sublimé. Il est nécessaire d'enfoncer l'aiguille profondément jusque dans le tissu musculaire, afin d'éviter la formation d'abcès. Comme la douleur est habituellement vive, M. le Dr Abadie conseille de remplir la seringue, en aspirant d'abord XVII gouttes de la solution de sublimé, et en ajoutant ensuite III gouttes d'une solution de cocaïne à 5 0/0.

Il faut se garder d'associer l'iodure au mercure. La combinaison de ces deux médicaments peut irriter fortement la cornée, probablement sous l'influence de la formation d'un sel d'iodure de mercure. Telle est au moins l'hypothèse, émise par M. le Dr Abadie.

II. **De l'albuminurie liée à la blennorrhagie.** — MM. Balzer et Souplet ont recherché la fréquence de l'albuminurie dans le cours de la blennorrhagie aiguë, qu'il y ait ou non orchite ou cystite concomitantes. La proportion est de 12 0/0 environ.

Il importe de savoir que cette albuminurie est latente. Force est donc de la rechercher, plusieurs fois même, car elle peut n'apparaître que quelques jours après le début de la blennorrhagie. Elle est parfois sujette à des reprises, après cessation complète. Sa durée est de 4 à 5 jours. Mais les auteurs précités l'ont vue dans quelques cas se prolonger trois semaines.

Tant que l'albumine passe dans les urines, les substances balsamiques doivent être interdites. Elles ont en effet une action nocive, due à l'irritation provoquée par leur élimination à travers le filtre rénal.

On ne connaît pas encore l'avenir des malades atteints de ces albuminuries transitoires, les faits observés étant encore trop récents. Il sera prudent néanmoins de les tenir en surveillance et d'examiner leurs urines à diverses reprises. Cette conclusion s'impose si l'on veut bien se rappeler un malade de M. Besnier, qui, dans le cours d'une blennorrhagie, fut atteint d'une néphrite mortelle.

Le traitement de choix est le régime lacté exclusif, joint au repos. L'effet en est efficace et prompt. Mais il importe de le continuer longtemps, afin de parer aux rechûtes, l'albuminurie qui se montre dans le cours de la blennorrhagie aiguë, étant sujette à récidives, ainsi que nous l'avons dit plus haut.

La pathogénie de cette complication n'est pas encore nettement élucidée. Celle-ci résulte probablement, tantôt d'une lésion ascendante, envahissant secondairement le rein, tantôt d'une infection véritable, dans les cas, par exemple, où l'albuminurie est abondante.

Quoi qu'il en soit, le fait existe et l'examen des urines s'impose désormais aux médecins, chargés de traiter des blennorrhagies aiguës.

III. **Hérédité syphilitique anormale.** — A la deuxième session annuelle de la Société de dermatologie et de syphiligraphie (avril 1891), M. le Dr Ferras (de Luchon) a cité plusieurs observations de syphilis héréditaire anormale, qui méritent être méditées en raison de leur intérêt pratique.

On sait que dans l'hérédité syphilitique normale les choses se passent de la façon suivante :

a. Grossesse ne dépassant guère le 3e mois ou terminées par avortement du 6e au 9e mois.

b. Enfants mort-nés ou succombant au bout de quelques heures ou quelques jours, dans le 1er ou le 2e mois, dans la 1re ou la 2e année, après avoir été atteints ou non d'accidents spécifiques.

c. Enfants vivants après guérison d'accidents syphilitiques, éclos le plus souvent dans le courant du 2e mois.

En regard de cette évolution ordinaire, M. le Dr Ferras cite les faits suivants :

Digitized by Google

a. Enfants sains dans les premières grossesses.

b. Enfants syphilitiques dans les grossesses consécutives; concomitance chez les parents de retours offensifs manifestes ou cachés de la maladie spécifique.

c. Enfants sains de nouveau.

d. Enfants sains à leur naissance, mais arrêts de développement dans la première enfance ou accidents syphilitiques pouvant apparaître de la 5e à la 30e année.

A la séance du 12 février de la Société de dermatologie, M. le Dr P. Raymond avait déjà lu une observation absolument confirmative des faits indiqués par M. Ferras.

Je la cite, très résumée, à cause de son intérêt. Il s'agit d'un malade qui contracte la syphilis en juin 1874, à l'âge de 29 ans. Chez lui, la maladie est bénigne, il se traite régulièrement et se marie juste trois ans après le début. Au jour de son mariage il était vierge d'accidents spécifiques depuis plus d'un an.

En mars 1878, il a un premier enfant, né à terme, sain et qui au mois de février 1891, n'avait pas encore présenté le moindre accident spécifique.

Mais en 1880, voici un second enfant qui naît chétif, un mois avant terme et meurt d'accidents spécifiques au bout de cinq semaines.

En avril 1882 naît également un mois avant terme un troisième enfant, malingre, qui ne peut être élevé qu'à force de soins et meurt de la diphtérie à 4 ans.

Eh bien! ces faits heureusement rares et d'ailleurs encore peu connus, renferment un grand enseignement. Ils apportent d'abord un argument de plus en faveur de l'opinion si vaillamment soutenue par M. le Dr Fournier, qui veut qu'on se traite très longuement de la syphilis et longtemps encore après la disparition des accidents.

En outre, ils démontrent la nécessité de revenir immédiatement à une médication spécifique énergique, en présence de cas aussi désastreux, indiquant le réveil d'un virus qui sommeillait seulement, alors qu'on pouvait le croire réduit à l'impuissance.

Dr Alex. Renault
Médecin de l'hôpital Pascal-Lourcine.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

LARYNGOLOGIE

Un traitement de la laryngite des chanteurs, par M. Faulkner. — Ce traitement, d'après l'auteur, convient contre la laryngite aiguë des personnes qui fatiguent leur voix (*N. York. Méd. journal*, 11 août 1891).

On administre un purgatif; puis on pratique des inhalations avec le spray cocaïné à un pour cent tandis qu'à l'intérieur on administre une potion à l'ammoniaque et à la teinture d'aconit.

De temps en temps dans la journée, le malade doit ingérer une pastille ainsi formulée :

Morphine.....	1 milligrammes
Hydochlorate de cocaine...	1 milligramme.
Teinture d'aconit.....	III gouttes.
Racine d'athœa.....	0,025 milligrammes.
Sucre.....	q. s.

Pour une pastille.

Quand les phénomènes aigus diminuent, on prescrit la strychnine à la dose de un demi-milligramme avant les repas. L'auteur conseille même de répéter cette dose au moment, s'il s'agit d'un acteur, où il doit entrer en scène. L'action de la strychnine serait efficace : néanmoins, on le comprend, c'est un médicament dont on usera avec prudence. N. D.

Intubation du larynx chez les adultes, par M. Massei. — L'auteur, sans parler de l'intubation pour le croup, a pratiqué douze fois cette opération pour syphilis, tuberculose, pachydermie ou papillôme du larynx. Il se sert pour cela des tubes de Lœffers. (*Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinoscopie*, 15 *juillet* 91).

L'introduction du tube à l'aide du miroir pharyngien est des plus faciles, quelquefois il reste en place plusieurs jours, les autres fois on le laisse de 6 à 12 heures en répétant l'opération tous les jours ou tous les deux jours à mesure que l'on obtient la dilatation. L'auteur pense que l'intubation est un moyen excellent qui peut souvent remplacer la trachéotomie. Que la stenose soit aiguë ou chronique, elle peut parfaitement céder à la dilatation dans un temps très court. L'auteur, toutefois, apporte une modification aux tubes de Lœffers. La série est de dix. Il en faut un plus grand nombre et de dimensions et de formes variées, aussi en a-t-il fait construire d'autres. P. C.

MÉDECINE

La contagion du cancer, par M. V. Guéllot. — Dans ce mémoire intéressant, notre distingué confrère rémois expose l'état de cette question. (*Union Méd. du Nord-Est*, juillet 1891).

Tout plaide, écrit-il, en faveur de la nature infectieuse du cancer. Dans une série de vingt-neuf observations, il cite des faits en faveur de cette étiologie. Il serait à désirer que de semblables observations fussent recueillies avec soin au point de vue surtout des antécédents héréditaires ; lorsqu'elles seront en nombre suffisant, on pourra déterminer la place exacte que tient la contagion dans l'étiologie des affections cancéreuses, son influence plus ou moins grande selon la nature et le siège du néoplasme, son mode d'action (inoculations ou contacts répétés, durée de la période d'incubation, signes différentiels du cancer acquis et du cancer héréditaire, etc).

L'hérédité est évidente dans bon nombre de cas ; mais les auteurs ont de la tendance à exagérer son action étiologique : on peut l'évaluer à 10 ou 15 pour cent au maximum.

L'arthritisme et l'herpétisme sont causes prédisposantes, soit en mettant l'individu en moindre résistance contre l'invasion cancéreuse, soit en préparant aux germes infectieux un terrain favorable par leurs multiples lésions cutanées et muqueuses.

Parmi les causes qui influent sur la rareté ou la fréquence du cancer dans certaines régions, l'hérédité, multipliée par les mariages consanguins, ne suffit pas pour expliquer les îlots quelquefois fort limités où les affections malignes, en particulier celles de l'estomac, sévissent avec une intensité exceptionnelle. La comparaison attentive des conditions de milieu, de régime et en particulier de boissons, l'étude plus sérieuse de la contagion permettront de déterminer ces inégalités de répartition. On comprend l'importance de ces études au point de vue de la prophylaxie. N. R.

THÉRAPEUTIQUE

De l'usage interne de l'eau dans la fièvre typhoïde, par le Dr Beverley-Robrinson. — Le traitement par la méthode de Brand a donné de remarquables succès. Néanmoins, on leur a fait de justes objections.

Le Dr Beverley-Robinson obtient de meilleurs résultats par l'usage interne de l'eau.

Il ne donne pas de médicaments, mais fait boire à ses malades 6 à 7 litres d'eau par vingt-quatre heures (*N.-Y. Med. Record*, 4 juillet 1891).

Digitized by Google

Les deux méthodes de traitement augmentent la quantité d'urine, et Cantani pense que l'administration de l'eau à l'intérieur abaisse la température plus sûrement que n'importe quelle autre méthode hydro-thérapeutique. Cette abondante diurèse est un des principaux éléments de succès.

P. C.

Traitement de la diarrhée et du choléra en Cochinchine, par M. Maget. — Ce traitement n'a rien de nouveau dans ses éléments.

Dans la diarrhée aiguë, l'auteur administre 75 centigrammes de calomel en une fois. Dans la journée, XV gouttes de laudanum. Si la guérison n'est pas obtenue en 24 heures, on donne le lendemain une potion de laudanum, de bismuth et de ratanhia.

Dans la diarrhée chronique et la dysenterie, il commence par la diète lactée, puis ordonne les pilules suivantes (*Archives de médecine navale*, juillet 1891).

Calomel.....	0,50 à 0,75	centigr.
Poudre d'ipeca.....	0,40	—
Extrait d'opium.....	0,05	—

Pour six pilules, une toutes les deux heures.

On en donne jusqu'à menace de salivation, que l'on doit surveiller attentivement.

Si les selles s'amendent ou que la salivation menace, l'auteur recommande une potion de :

Racines d'ipeca.....	3 grammes
Infusé dans eau.....	150 —
Laudanum.....	XX gouttes
Sirop quelconque.....	30 grammes

On reprend plus tard les pilules si besoin est. L'auteur a expérimenté ce traitement pendant l'expédition du Tonkin, et c'est le seul qui lui ait donné des résultats très favorables dans les cas très graves de dysenterie ou de choléra.

P. C.

Des injections sous-cutanées de camphre dans la tuberculose, par M. Alexander. — Depuis deux ans, l'auteur emploie ce traitement qui consiste à injecter sous la peau une dose quotidienne d'un gramme d'huile camphrée, préparée selon la pharmacopée allemande. Au bout de cinq jours, le malade accuse de la céphalalgie et de l'agitation; on cesse alors la médication, car le camphre possède une action cumulative (*Deut. Med. Zeitung*, 1891, n° 31).

Dans les bronchites, ce traitement tarit les crachats ; dans la tuberculose, il diminue la fièvre hectique. Dans la pneumonie, il abaisse la température ; le camphre est donc à la fois un balsamique et un antipyrétique.

M. Alexander conseille son emploi chez les phtisiques arrivés au troisième degré et porteurs de cavernes étendues, pour diminuer la transpiration, l'expectoration, la tendance aux hémoptysies et l'anorexie.

Ces avantages ne sont pas ceux d'un agent spécifique ; ils méritent cependant d'être éprouvés par le contrôle clinique, dans une maladie où, en raison de la pénurie thérapeutique, les petites ressources ne sont point négligeables.

W. D.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

Extraction des sondes brisées dans l'urètre ou dans la vessie (1)

Par M. le Docteur U. Desnos

Ancien interne des Hôpitaux

Je signalerai pour mémoire certains procédés en général peu efficaces : tels que l'engagement dans la lumière de la sonde d'une bougie conique pénétrant à frottement, ou, au contraire, d'une sonde plus grosse, à bout coupé, dans laquelle pénètre le fragment ; l'introduction dans le canal d'une tige terminée par une aiguille qu'on fait pénétrer dans le tissu de la sonde, etc., etc.

Dans des cas relativement fréquents, la sonde ne peut être saisie, ou bien son extraction est rendue impossible à cause de l'œdème, de rétrécissements ou de traumatismes antérieurs de l'urètre, ou bien encore elle s'est incrustée de sels calcaires après un séjour prolongé ; il faut alors lui frayer une voie artificielle. On pratique au niveau de l'extrémité antérieure de la sonde une incision longitudinale, d'une étendue suffisante et, couche par couche, on arrive sur le corps étranger. Celui-ci retiré, on pratiquera la suture de la muqueuse si l'urètre est aseptique : s'il suppure, on diminuera seulement par un point ou deux, l'étendue de la plaie en laissant un espace pour l'écoulement du pus. En tout cas, il est prudent de ne pas faire de suture cutanée complète.

Si l'extrémité antérieure de la sonde est dans la portion prostatique, les manœuvres intra-urétrales sont difficiles et dangereuses ; lorsqu'elle ne peut être retirée aisément, il est préférable de la repousser avec un instrument mousse et de la faire tomber dans la vessie.

On ne peut compter sur l'expulsion spontanée d'une sonde brisée dans la vessie, bien que quelques cas en aient été signalés. Lorsque l'instrument est aseptique et la vessie saine, la tolérance de cette dernière est des plus grandes et des fragments ont pu y séjourner pendant des semaines et des mois sans donner lieu à aucun symptôme. C'est dire qu'il ne faut pas se presser d'agir et prendre son temps pour s'entourer des conditions de succès. L'extraction par les voies naturelles doit être tentée et réussit dans la majorité des cas. Des instruments extrêmement ingénieux ont été inventés ; des redresseurs, des basculeurs, destinés à ramener la sonde dans l'axe de l'instrument, réussissent rarement dans la pratique. Les plicateurs sont plus utiles, mais la manœuvre en est généralement délicate, à peu près étrangère à la plupart des praticiens et ils ne présentent guère d'avantages sur l'instrument dont nous recommandons surtout l'emploi, c'est-à-dire un petit lithotriteur à mors plats. Bazy en a fait construire un spécial, dont le mors mâle est le plus large et qui place les deux bouts de la sonde dans une direction favorable pour l'extraction.

Le malade étant couché, le bassin relevé par un coussin placé sous les fesses, on lave et on remplit sa vessie, sans la distendre ; une petite quantité de liquide est suffisante et il faut éviter de provoquer des contractions. Le chirurgien placé à la droite du malade introduit un petit lithotriteur à mors plats n° 1, reconnaît le col, le fond de la vessie, puis revenant près de celui-ci écarte les mors de l'instrument. Il imprime alors à la tige un mouvement de rotation tel que les mors s'inclinent, dépassent la ligne horizontale et soient un peu inclinés en bas ; il les rapproche alors très doucement

(1) Fin. V, n° 32.

Digitized by Google

sans déprimer les parois vésicales et sent un arrêt, il ferme alors l'écrou brisé et s'assure que l'instrument ainsi chargé se meut librement dans la vessie; si oui, il augmente la pression en tournant le volant pour ne pas lâcher la prise. Si le rapprochement des mors peut se faire complètement c'est que le fragment a échappé; on recommence les manœuvres en se rappelant que les sondes se placent dans la vessie suivant son diamètre transversal; cette donnée facilite les recherches. Enfin, l'instrument étant chargé est retiré par l'urètre; une traction un peu énergique est souvent nécessaire car le passage est étroit pour un lithotriteur et une sonde repliée, il est rare cependant que le canal en souffre : en tout cas il est prudent de laisser une sonde à demeure.

Si la sonde est incrustée de concrétions, il s'agit alors d'une véritable lithotritie, rendue un peu difficile par la présence d'un corps étranger et l'existence d'une cystite, habituelle dans ce dernier cas; pour mener à bien une opération entreprise dans ces circonstances il est nécessaire d'avoir une assez grande habitude des manœuvres intravésicales.

Souvent en effet les recherches restent infructueuses; dans ce cas et lorsque l'extraction par les voies naturelles a été jugée impossible, il faut recourir à la cystotomie. Deux voies s'offrent alors, l'hypogastre et le périnée. On pourra choisir ce dernier chez l'enfant, chez un sujet jeune à périnée peu épais et peu vasculaire; et dans ce cas, la boutonnière périnéale de Thompsau suffira souvent : on sait que cette opération consiste à pratiquer une incision médiane à deux centimètres en avant de l'anus; on ponctionne l'urètre en avant de la prostate et le doigt dilate facilement l'urètre prostatique et le col vésical. Cette ouverture est suffisante s'il s'agit d'une sonde molle non incrustée; si des concrétions phosphatiques se sont formées, l'importance des manœuvres oblige à recourir à la taille prérectale.

D'une manière générale, la taille hypogastrique me paraît être l'opération de choix; chez les vieillards, qui sont principalement exposés aux accidents qui nous occupent, elle offre de grands avantages; les manœuvres d'extraction sont des plus simples et on peut, en même temps, traiter les lésions vésicales et en particulier la cystite concomitante. J'ajouterai que cette opération fait courir moins de risques que des manœuvres intravésicales laborieuses et trop prolongées. C'est dire que les indications opératoires varient avec l'habitude que le chirurgien possède de ces manœuvres; lorsqu'il ne se sentira pas assez sûr de lui pour ne pas blesser les parois vésicales, il fera mieux de recourir à la taille hypogastrique. Enfin l'existence d'une cystite intense crée une indication toute spéciale de cystotomie.

Chez la femme la conduite à tenir est à peu près la même. La forme des instruments basculeurs diffère sensiblement. On fera bien de recourir d'emblée à l'emploi d'un petit lithotriteur à mors plats. En cas d'insuccès la dilatation forcée de l'urètre permet de mener à bien l'extraction dans l'immense majorité des cas, même quand le corps étranger est recouvert de concrétions épaisses.

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement du furoncle et de l'anthrax par l'acide borique

Par le Dr Alison
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

On sait que le furoncle et l'anthrax sont des affections phlegmoneuses des follicules pilo-sébacés de la peau (Richet), de nature microbienne (staphylococcus aureus et albus), se terminant par l'expulsion de bourbillons.

Un grand nombre de médications sont dirigées contre ces maladies.

On fait des applications résolutives et antiseptiques, iodurées (teinture d'iode), sulfurées (Gingeot), mercurielles (précipité rouge) (Jorisenne et Roth), de plomb et d'opium, sous la forme d'emplâtre (James Paget), puis enfin et surtout des vaporisations phéniquées (Verneuil).

On prescrit l'usage des parisiticides, hyposulfite de soude (Bulklay), des sulfureux (Sydney Ringer et Gingeot), des antiseptiques intestinaux (naphtol et salicylate de bismuth, Bouchard), des arsenicaux (Delioux et Bazin), de l'eau de goudron (Hardy).

En même temps, on fait, s'il y a lieu, une médication symptomatique, diurétiques, purgatifs salins, antidiabétiques, régime lacté, toniques, etc.

Si l'affection ne cède pas, on applique, en présence de certains cas graves à extension progressive, un traitement chirurgical, incision au bistouri avec cautérisations au fer rouge (Dupuytren), méthode ancienne, caustiques chimiques (Richard, Polaillon) et enfin, aujourd'hui surtout, incisions au thermocautère (Reclus, Verneuil, etc).

Ainsi, au début, pansement abortif (badigeonnages iodés), ou même, pansement antiseptique avec des compresses phéniquées (2 p. 0/0); puis, si l'anthrax ne s'arrête pas, pulvérisations phéniquées et, enfin, si le mal s'étend toujours et est accompagné de phénomènes généraux graves, incisions au thermocautère, et, à défaut, larges incisions cruciales ou rayonnées avec cautérisations au fer rouge : tels sont les différents moyens employés.

Quelques auteurs— Lœwenberg pour les furoncles des oreilles et Reclus pour un furoncle de l'avant-bras, — ont employé les solutions d'acide borique à l'extérieur.

Quant à nous, nous nous servons continuellement, depuis 1887, de ce médicament que nous donnons à l'intérieur à la dose de 0 gr. 80 à un gramme par jour et en compresses humides avec taffetas, que nous employons suivant une technique un peu particulière, ainsi que nous le verrons plus tard. L'extrême facilité du procédé et les résultats très avantageux que nous avons obtenus, nous ont porté à continuer à l'appliquer, même après avoir pris connaissance de la magistrale communication à l'Académie de M. le Dr Verneuil (*Bul. Acad.*, 10 janv. 1888, p. 57) sur les vaporisations phéniquées, qui constituaient un progrès important dans le traitement du furoncle et surtout de l'anthrax. A notre tour, nous avons envisagé séparément chacune de ces affections, cherchant à démontrer l'utilité de

Digitized by Google

l'acide borique intus et extra. Voici, en résumé, les observations personnelles que nous avons recueillies à ce sujet :

1° **Furoncles.** — Obs. I — Émile B., 40 ans, dyspeptique, est atteint, en octobre 1887, de cinq furoncles successifs, au dos et aux fesses, qui durent depuis six semaines et qui sont pansés avec l'alcool camphré. Un sixième est en évolution. Nous constatons chez lui de la sensibilité dans la région de la vésicule biliaire, des urines chargées d'urates et de pigments urobiliques (bande grise opaque, au spectre (1) entre le vert et le bleu), sans sucre ni albumine. Nous prescrivons : acide borique 0,80 en deux cachets par jour, frictions et compresses d'eau boriquée. Le malade est amélioré dès le second jour et guérit sans aucun autre nouveau furoncle.

Obs. II. — Paul D., 16 ans, surmené et arthritique, est pris, pour la troisième fois, en décembre 1887, de plusieurs gros furoncles, à la nuque et au bras, qu'il panse avec l'emplâtre de Vigo. Ses urines contiennent des phosphates calcaires en excès, sans sucre ni albumine. On laisse le même emplâtre et on lui donne 0 gr. 60 d'acide borique en deux prises. Aucun nouveau furoncle n'est survenu et la guérison du dernier était complète au bout de cinq jours.

Obs. III. — Joseph T., 32 ans, arthritique, furonculeux, dyspeptique, est atteint, pour la quatrième fois, d'une série de trente furoncles qui durent tout l'hiver de 1888, et disséminés sur tout le corps. Ses urines sont seulement urobiliques. Le 16 février, le malade, découragé, nous supplie d'arrêter son éruption furonculeuse. Nous lui donnons à prendre, pendant quinze jours, un gramme d'acide borique par jour. Le malade n'a plus eu un seul nouveau furoncle. La cure est complétée par l'eau de Vichy à domicile.

Obs. IV. — Joseph V., 48 ans, diabétique depuis trois ans, avec diminution de la vue et rétinite, voit, en avril 1890, se développer successivement, sur son bras gauche, une série de six gros furoncles. Il y a 32 gr. de sucre par litre d'urine. On prescrit un gramme par jour pendant dix jours d'acide borique avec compresses boriquées sur le dernier furoncle. Guérison en huit jours, sans nouveau furoncle.

Enfin, nous ne nous servons plus, pour faire avorter toutes les plaques ou boutons furonculeux avec vésico-pustules des paupières, du nez, de toutes les régions, que de solution boriquée et, dans l'immense majorité des cas, le traitement abortif est complet.

2° **Anthrax.** — Obs. I. — Marguerite S..., 79 ans, d'une bonne santé habituelle, ayant eu beaucoup de tourments, des urines phosphatées, sans sucre ni albumine, est atteinte, le 15 décembre 1887, d'un gros anthrax à la nuque, arrivé à son dixième jour, sans ouvertures, accompagné de douleurs violentes, avec fièvre, insomnie et agitation.

Traitement. — Frictions avec solution boriquée chaude à 4 p. 0/0 et compresses avec taffetas. Douleurs moins fortes dès le lendemain et petites ouvertures cratériformes, tension moins forte, diminution des phénomènes généraux. Le mieux s'accentue les jours suivants ; le bourbillon est expulsé au bout de huit jours de traitement. Guérison.

Obs. II. — Alphonse Z..., 49 ans, dyspeptique, ayant une hypertrophie du lobe droit du foie avec douleurs à la pression, des urines urobiliques et légèrement sucrées (4 gr. par litre), est atteint, le 15 mai 1888, d'un anthrax très volumineux à la nuque de la grosseur du poing avec zône inflammatoire gagnant de chaque côté les parties latérales du cou. L'anthrax, accompagné de phénomènes généraux graves (T. ax. 396), douleurs très violentes, état semi-comateux et sub-délirium la nuit, est traité par les frictions et les compresses boriquées et par l'administration, en cachets de un gramme d'acide borique. Deux jours après, le malade peut être considéré comme sorti de tout danger ; la rougeur œdémateuse a disparu ainsi que la fièvre et la somnolence. L'expulsion du bourbillon est complète après neuf jours de traitement et la guérison survient, sans autre complication.

Obs. III. — Marie N..., 74 ans, dyspeptique, minée par des chagrins profonds, ayant dans les urines, des phosphates calcaires en excès et des pigments urobiliques, sans sucre ni albumine, est prise le 19 janvier 1890, d'un anthrax moyen, entre les deux épaules avec douleurs en ceinture, fièvre et insomnie. Traitement : compresses d'eau de camomille tiède et un gramme par jour, en deux prises, d'acide borique. Deux jours après, l'amélioration se montre, ainsi que l'ouverture du bourbillon ; mais les douleurs et la diminution de tension de l'anthrax sont moins considérables qu'avec les applications extérieures de solution à l'acide borique. Nous les ajoutons au traitement, suivant notre manière habituelle. Expulsion du bourbillon en dix jours et guérison.

Obs. IV. — Marguérite M.... 62 ans, d'une constitution très affaiblie, ayant un foie normal, avec urines urobiliques sans sucre ni albumine, est atteinte, le 20 mars 1891, d'un anthrax très volumineux entre les épaules, avec douleurs atroces, zône erysipélateuse, fièvre violente (T. ax. 398). Traitement : acide borique à l'intérieur et à l'extérieur. Comme d'habitude, les points blancs se montrent deux jours après, l'amélioration se manifeste nettement, le bourbillon est lent à se détacher. Guérison.

Obs. V. — Marie L..., 72 ans, emphysémateuse, très affaiblie, soumise à un traitement arsenical depuis huit mois, est atteinte, à la suite de surmenage momentané, d'un gros anthrax de la région sacrée, le 15 juin 1891. Le foie a ses dimensions normales ; mais la vésicule biliaire est volumineuse et très sensible depuis quatre ans et les urines sont nettement bilieuses, sans sucre ni albumine. Les douleurs sont atroces pendant les cinq premiers jours, pendant lesquels elle se soigne elle-même ; la rougeur inflammatoire se prolonge de chaque côté vers le pli de l'aine où se trouvent des ganglions enflammés. Pour tout traitement, nous nous contentons d'applications boriquées. Le mieux est notable, au bout de 24 heures, l'inflammation a diminué, les ouvertures commencent à se faire dès le surlendemain et la guérison est complète au bout de dix-huit jours.

Technique. — Elle est de la plus grande simplicité : faire bouillir un litre d'eau, y ajouter 40 gr. d'acide borique ; puis, quand la solution est faite et pendant qu'elle est chaude, faire des frictions très douces sur l'anthrax et tout autour avec un peu de ouate hydrophile ou simplement de la ouate imbibée d'eau boriquée, recouvrir ensuite avec des compresses trempées dans la même solution, du taffetas ou de la ouate : c'est tout. On recommence cinq à six fois par jour, frictions et compresses, toujours avec la solution à chaud.

Quant à l'administration interne de l'acide borique, il n'y a qu'à faire prendre au malade 80 cent. à 1 gr. d'acide borique par jour ; médication qui est absolument inoffensive pour l'estomac et les autres organes.

Résultats. — Nous avons montré :

1° Que l'acide borique, à l'intérieur, est capable d'...

(1) C'est toujours au spectre que nous recherchons la présence de l'urobiline (Hayem), pigment biliaire, que nous avons constaté être très fréquent dans les affections grippales (Mémoire sur les symptômes et les complications de la grippe) (*Archives de Médecine*, avril et mai 1890).

Digitized by Google

ter une évolution furonculeuse et d'empêcher de nouveaux furoncles de se produire ;

2° Que ses solutions à 4 p. 0/0, chaudes et précédées de frictions douces, pouvaient :

a) Faire avorter les éruptions furonculeuses à leur début ;

b) Guérir le furoncle et l'anthrax dans la grande majorité des cas et sans avoir besoin de recourir à une intervention chirurgicale.

Nous avons constaté, en outre que, par la médication boriquée, on obtient rapidement une grande amélioration de l'état local : diminution de la douleur, de la rougeur phériphérique, de la dureté de l'anthrax, apparition de pertuis multiples pour l'élimination du bourbillon — et de l'état général, diminution de la fièvre, de l'agitation, de l'insomnie, etc.

Comme on le voit, ces résultats ressemblent beaucoup à ceux obtenus par les vaporisations à l'acide phénique à 2 p. 0/0 et qui ont été indiquées par le Dr Verneuil (*Bull. de l'Acad.* 1889, p. 71). Nous aurions bien désiré comparer entr'eux ces deux procédés thérapeutiques : le petit nombre de cas que nous avons eu à soigner nous en a empêchés. Cependant il me semble, d'après les renseignements fournis par M. Verneuil, que, par l'acide borique, il y a peut-être moins de soudaineté dans la détente que par les vaporisations phéniquées. En revanche on ne peut mettre en doute que le traitement à l'acide borique est encore bien plus simple.

Conclusions. — 1° En présence d'un malade atteint d'une série de furoncles, il convient, indépendamment des frictions et compresses d'eau boriquée chaude à 4 p. 0/0, d'administrer pendant huit à quinze jours 80 cent. à 1 gr. d'acide borique, par cachets, en deux prises, dans la journée (1).

2° Dans les cas de furoncles à leur début que l'on veut faire avorter ou d'anthrax plus ou moins volumineux, il est nécessaire, outre le traitement interne qui est utile, de recourir aux applications extérieures d'acide borique comme nous l'avons montré.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

MÉDECINE

I. **Un succédané des gouttes amères de Baumé.** — Au lieu de prescrire cette préparation eupeptique en nature, on peut ainsi la formuler à l'instar de M. Huchard :

Teinture de badiane		7 gr. 50
Teinture de gentiane		
Gouttes amères de Baumé	ãã	5 grammes
Teinture d'écorce d'orange amère		
Eau de menthe		
Eau		125 —

Dose : une cuillerée à soupe un quart d'heure avant le repas.

On doit cesser l'emploi du médicament s'il survient des signes d'intolérance : nausées, gastralgie, dysphagie. N. D.

II. **Traitement des hémorrhagies viscérales par l'ergotinine.** — Lorsque les extraits d'ergot contiennent trop d'alcool ou de glycérine, les injections hypodermiques causent de la douleur ; lorsqu'ils sont envahis par des moisissures et par des microbes, ils provoquent des indurations phlegmoneuses et des abcès. Certains auteurs, frappés de ces inconvénients, ont cru devoir en rejeter l'emploi. On peut cependant, par l'adjonction d'acide phénique, obtenir une solution parfaitement injectable et à l'abri de tout inconvénient.

M. Aufrecht se sert de la formule suivante :

Ergotine dialysée	1 gramme
Eau distillée	9 grammes
Solution de phénol	II gouttes

Une autre préparation présente les mêmes avantages d'après M. Biedert (de Haguenau) :

Extrait de seigle ergoté	1 gramme
Eau distillée	5 grammes
Acide phénique cristallisé	0 gr. 10

L'aiguille de la seringue de Pravaz sera nettoyée avec une solution phéniquée à 5 0/0, ainsi que la peau à l'endroit de l'injection.

H. G.

III. **Suppositoires stéariques à la glycérine.** — La formule en a été donnée en Allemagne. La voici :

Acide stéarique	5 grammes
Carbonate de soude cristallisé	0 gr. 70
Glycérine	120 à 150 grammes

Diviser la glycérine et chauffer avec le carbonate de soude une petite quantité d'eau et de glycérine. Ajouter le reste de la glycérine et rouler dans des moules en forme de petits suppositoires.

A employer contre la constipation.

STOMATOLOGIE

IV. **Poudre et élixir dentifrices antiseptiques.** — On a le choix entre la craie camphrée de la pharmacopée anglaise et le salol.

La première se formule ainsi :

Craie finement pulvérisée	50 grammes
Camphre finement pulvérisé	12 —

La seconde est préférable. M. G. Viau conseille de l'associer à d'autres substances.

On composera donc ainsi une *poudre* à la fois *antiseptique et aromatique :*

Magnésie	ãã	20 grammes
Craie précipitée		
Iris	ãã	10 —
Os de seiche pulvérisé		
Salol	ãã	5 —
Bicarbonate de soude		
Essence de menthe ou de rose		q. s.

On peut aussi prescrire un *élixir dentifrice antiseptique* au salol :

Alcool à 90°		500 grammes
Essence de menthe		3 —
— d'anis	ãã	2 —
— de badiane		
— de roses		q. s.
Salol		5 grammes

(1) Si nous insistons autant sur la nécessité de faire chauffer la solution boriquée, ce n'est pas seulement parce que l'action microbicide de la chaleur s'ajoute à celle du médicament ; c'est encore et surtout pour permettre à l'acide borique, sous l'influence de l'activité plus grande de la circulation amenée par les frictions et la chaleur, d'agir plus activement sur les follicules pilo-sébacés, intradermiques, siège primitif du moins, du bourbille de l'anthrax.

Digitized by Google

Une à deux grandes cuillerées pour une verrée d'eau tiède, dans les cas de gingivite et de périostite alvéolo-dentaire.

K. N.

REVUE DES LIVRES

Traitement des maladies de l'estomac, par M. le Dr Dujardin-Beaumetz. (Paris, 1891, O. Doin.).

Au témoignage d'une phrase imprimée sur la couverture, ce livre serait un extrait de la 6me édition des Leçons de clinique thérapeutique. Certes, voilà une excellente recommandation, car tout le monde, auditeur ou lecteur de ces magistrales leçons, a su apprécier la valeur de cet ouvrage ou applaudir à son auteur si sympathique. Eh bien ! non ; tournez les premières pages, parcourez ce volume et vous reconnaitrez sans surprise, vous qui estimez ce travailleur infatigable, que M. Dujardin-Beaumetz a fait plus et mieux qu'une simple réédition ou un modeste extrait.

Sous cette rubrique, en effet, il ne donne pas sans doute un traité complet de thérapeutique stomacale, mais il expose heureusement, ce qui vaut mieux dans l'intérêt de l'ouvrage et pour le profit du lecteur, sa pratique en présence d'un cancer ou d'un ulcère de l'estomac, d'une gastrite chronique, de l'ectasie gastrique ou d'une dyspepsie. Cette originalité contribuera, c'est à souhaiter, au succès mérité du nouvel ouvrage du fécond écrivain.

Certes, il y aurait peut-être lieu d'exercer plus d'une critique sur certains points ; la classification des dyspepsies en chimiques, motrices et nerveuses ; les procédés récents d'exploration du suc gastrique ; mais non, M. Dujardin-Beaumetz est un enthousiaste du progrès ; il accepte à l'essai les découvertes les plus récentes ; mais je m'empresse de l'ajouter, il les contrôle. Tout cela donne à ses écrits une saveur de nouveauté, qui, somme toute, les fait lire, et c'est justice. Et puis, n'est-ce pas là un mérite digne de l'attention et de la sympathie générale : M. Dujardin-Beaumetz a été l'inspirateur français de l'enseignement de la clinique thérapeutique. Pendant des années, par ses cours libres, il a donné l'exemple de ce que l'on peut faire et de ce que l'on doit faire sans appui officiel, et sans autre encouragement que celui du bien accompli.

On se rappelle tout cela en parcourant ces pages ; on se rappelle aussi que, thérapeutiste de conviction, il ne consulte que ce qu'il utilise lui-même ; à preuve ces longs chapitres où il expose sa propre pratique, pour l'exploration des voies digestives, pour le choix des aliments, pour l'établissement du régime, le lavage et le gavage, toutes questions d'intérêt quotidien et immédiat.

On se rappelle aussi que, dans notre Faculté de médecine parisienne, une chaire, entre autres, manque, celle de clinique thérapeutique. Quelques compétiteurs en sollicitent bien l'institution, mais, hélas ! si elle doit être créée, reviendra-t-elle à celui dont les beaux travaux en ont depuis longtemps demontré l'utilité et l'urgence ? Non : on le pense et on l'écrit à regret. Non : la boiteuse organisation universitaire actuelle s'y oppose.

En attendant, pour notre part, nous relirons souvent après l'avoir lu une première fois et nous consulterons toujours avec fruit, l'œuvre sincère, indépendante et originale, dont ce livre est une fraction. C'est un hommage que l'insuffisance de l'enseignement officiel nous met dans la nécessité, agréable d'ailleurs, de rendre au professeur libre et à sa tenacité de travailleur heureux et opiniâtre.

Ch. Eloy.

Traité de gynécologie clinique et opératoire par M. le Dr S. Pozzi, professeur agrégé à la Faculté et chirurgien de l'hôpital Lourcine-Pascal. (Paris, G. Masson, 1891.)

L'ouvrage de M. Pozzi est le premier traité didactique paru en France depuis la grande révolution qui s'est opérée dans la gynécologie contemporaine.

L'autorité incontestable de l'auteur, la part active qu'il a prise dans ce mouvement de rénovation d'une branche si importante de la pathologie chirurgicale ont assuré un succès sans précédent à un ouvrage dont la première édition est actuellement épuisée. Quoique ce livre soit une encyclopédie concise de la gynécologie de tous les pays, il n'en a pas moins un caractère tout personnel ; tout y est jugé magistralement, doctrines nosologiques et méthodes opératoires.

Les classifications nouvelles qu'il a introduites dans une foule de sujets constituent également une contribution scientifique importante ; plusieurs chapitres sont de véritables mémoires personnels où il discute d'une façon approfondie les opinions contemporaines de tous les pays.

Nous signalerons surtout le chapitre des métrites qui est un véritable chef d'œuvre ; la classification et les indications du traitement des corps fibreux ; le livre relatif aux maladies des trompes, où le lecteur trouvera un admirable exposé de la question si controversée des inflammations périutérines ; c'est un des chapitres où l'auteur a mis le plus de clarté.

M. Pozzi, tout en faisant une large part aux travaux étrangers, revendique énergiquement la part qui revient à la gynécologie française dans ses progrès.

Il a raison, car la France a, sous ce rapport comme sous beaucoup d'autres, précédé de longtemps l'étranger.

Quant à lui, la part qui lui revient dans la rénovation scientifique de ces dernières années est considérable.

Dussé-je blesser sa modestie, il m'est agréable de rappeler que cet éminent maître dont je m'honore d'avoir été l'élève, a réintroduit, la première fois en France, le curettage de Recamier qu'il a fait accepter dans notre pays ; l'opération de Schrœder, opération aujourd'hui employée par tous et qui donne d'excellents résultats ; et que, le premier, il a fait connaitre à ses compatriotes l'emploi de la ligature élastique dans le traitement extra-péritonéal des corps fibreux, à l'époque où tous les chirurgiens employaient le fil métallique.

C'est encore lui qui, au point de vue nosologique, a créé le type clinique qu'il a désigné sous le nom de maladie kystique de l'ovaire, qui en a fixé la symptomatologie et l'a distinguée de l'altération scléro-kystique.

Je ne puis passer en revue toutes les parties de l'œuvre que M. Pozzi a empreinte d'une note personnelle ; qu'il me suffise de dire, en terminant, que si l'auteur a fait preuve d'une érudition consommée, il n'en a pas moins, en multipliant les citations, prouvé la place importante qu'il a su conquérir parmi les gynécologistes de notre pays.

L'ouvrage se divise en seize chapitres ; une table analytique des matières et des noms d'auteurs termine l'ouvrage et facilite les recherches. Rien n'a été négligé d'ailleurs au point de vue de l'impression, du papier qui est magnifique et des figures qui sont au nombre de 474.

D. Picqué.

L'Année médicale (1890), par M. le Dr Bourneville. (Paris, 1891. 1 vol. in-12. Lecrosnier et Babé).

Troisième année d'une publication qui a fait ses preuves ce volume, conçu sur le plan des précédents, obtiendra le même succès que ces derniers.

M. Bourneville est un obstiné dans le bien ; il poursuit, sans se laisser détourner de la voie libérale qu'il a choisie, son œuvre de propagande scientifique. Nous sommes heureux de le répéter après l'avoir déjà écrit, et nous serons heureux encore de l'écrire à nouveau. Toutes nos félicitations à notre cher et honoré confrère ainsi qu'à ses estimés collaborateurs.

Ch. E.

Digitized by Google

Technique instrumentale des sciences médicales, par M. Mergret (Paris 1891, H. Doin).

Ce mémoire est un souvenir de l'Exposition de 1889, destiné à renseigner sérieusement sur les instruments nombreux usités en chirurgie, micrographie, physiologie et en hygiène. Il arrive au moment opportun où la technique instrumentale occupe une place de plus en plus importante dans la science contemporaine. On ne saurait donc méconnaître l'importance d'un tel travail, bien coordonné et suffisamment complet, pour les étudiants qui préparent leurs examens et pour les expérimentateurs désireux d'être fixés sur tel ou tel instrument. A tout point de vue ce livre a donc son utilité. C. E.

REVUE DES CONGRÈS

Congrès pour l'étude de la tuberculose (1)

(2e session — du 27 juillet au 1er août 1891)

I. *Des associations bactériennes de la tuberculose.* — II. *Le serum du sang de chien et de chèvre dans la tuberculose.* — III. *Traitement de la phtisie par l'air créosoté.* — IV. *Injections hypodermiques antiseptiques d'huile créosotée.* — V. *Injections camphrées.* — VI. *Emploi combiné de l'iodoforme et du serum sanguin du chien.* — VII. *Médications diverses.*

I. **Des associations bactériennes de la tuberculose.** — Cette question, la seconde formulée par les organisateurs du Congrès, n'est pas seulement un intérêt de curiosité anatomo-pathologique. Au point de vue pratique elle prend une importance dont les communications de MM. Verneuil, Beretta, Hallopeau et Leloir donnent raison.

M. Babes, qui a étudié depuis longtemps ces associations bactériennes, a trouvé, avec le microbe de Koch, le stophylocoque doré, le streptocoque et des bacilles saprogènes dans les bronches et les cavernes des phtisiques; les deux premiers dans les arthrites tuberculeuses, le streptocoque sur les ulcérations des muqueuses; le staphylocoque sur celles de la peau; les microbes saprogènes, accompagnés ou non de celui de la suppuration, dans les tuberculoses uro-génitales. Ces observations ont conduit M. Babes aux deux conclusions suivantes :

1° Les microbes associés au bacille de Koch ne produisent point par eux-mêmes l'infection, mais préparent le terrain à l'invasion et au développement du bacille de la tuberculose.

2° Les complications, la suppuration par exemple, sont leur œuvre plutôt que celle du bacille de Koch.

3° Les produits secrétés par le bacille de Koch favorisent le développement de ces bacilles.

Eh bien ! ces conclusions ne sont point admises par tous les observateurs et sur cette question encore assez obscure, on est loin d'être en accord.

Voici: *la suppuration des abcès froids, des adénites et des empyèmes* chez les tuberculeux ? M. Hallopeau constate qu'elle peut se produire en l'absence des bacilles dits pyogènes, par l'action du bacille de Koch. De même pour les suppurations lupiques; de même pour les suppurations provoquées par la lymphe de Koch, lymphe stérilisée et conséquemment pure de tout microbe associé. Dès lors, ces suppurations ne seraient-elles pas le résultat d'une action des substances chimiques produite par le microbe spécifique de la tuberculose?

Oui, ajoute M. Arloing ; le microbe de Koch a des vertus pyogènes et ces vertus appartiennent surtout au bacille atténué. C'est ainsi, ajoute-t-il encore, que, atténués par le chauffage et injectés aux cobayes, je les ai vu produire la suppuration. De plus, M. Koch n'a-t-il pas constaté que, même morts, ces bacilles provoquent encore la suppuration.

(1) Suite, voir n° 35, page 502.

Oui encore, d'après M. Cornil, la suppuration est en rapport avec l'atténuation de ces bacilles. Seulement, deux facteurs interviennent : le virus, le terrain ; de sorte que s'il y a suppuration, il faut admettre ou bien une atténuation du virus, ou bien une résistance des tissus et de l'organisme, ou bien, encore, l'une et l'autre.

C'est dire que, ajouterons-nous enfin, dans la suppuration des lésions tuberculeuses — comme ailleurs — cette loi de pathologie générale ne souffre guère d'exception, — le microbe fait la maladie et le terrain les accidents.

L'observation des malades fournit des exemples de ces associations microbiennes : témoin l'*évolution des abcès froids.*

Un abcès froid se transforme en abcès chaud ; c'est fait clinique vulgaire. MM. Verneuil et Beretta en ont cherché la cause et l'ont trouvée dans la présence de staphylocoques et de streptocoques dans les seconds : dans leur absence dans les premiers.

De là ces remarques. Un abcès froid qui s'ouvre donne lieu à une fistule persistante dont les parois, infiltrées de produits tuberculeux, ne tendent point vers la guérison. S'ouvre-t-il comme un abcès chaud ? Il y aura guérison ; dès lors on se demande si le bacille pyogène ne jouerait pas un rôle thérapeutique et microbicide à l'égard du bacille de Koch ? MM. Verneuil et Beretta le pensent.

MM. Leloir et Tavernier sont moins satisfaits que ces derniers, de l'intervention des agents de suppuration dans l'évolution des affections tuberculeuses. Ils ont étudié les lupus secs non excédents, qui ne contiennent point de bacilles pyogènes. Le lupus ulcéreux en renferme et progresse d'autant plus rapidement que leur nombre est plus grand.

D'autre part, un traitement destructif énergique du lupus non excédent, en accélère la marche. Or, l'emploi d'un traitement destiné à combattre la suppuration suffit parfois pour enrayer ces tendances envahissantes et favoriser la cicatrisation du lupus. M. Leloir n'hésite donc pas à conclure que, dans ces cas, un agent nouveau, distinct peut-être du staphylocoque, mot encore indéterminé, associe son influence pathogène à celle du bacille de Koch et cause l'aggravation des lésions lupiques. En d'autres termes, c'est un démenti à l'optimisme de MM. Beretta et Verneuil.

Il est vrai que ceux-ci observent des abcès froids, et celui-là des lupus. Ces affections sont bien l'une et l'autre de nature tuberculeuse ; reste à savoir, remarquerons-nous à notre tour, si la virulence ou l'atténuation du bacille spécifique sont identiques dans l'une et dans l'autre ?

Ainsi donc, c'est, à l'heure actuelle, la seule conclusion légitime de ce débat; le rôle des associations microbiennes avec le bacille de Koch est indéniable. Est-il toujours utile, est-il parfois nuisible ? Toute réponse catégorique est téméraire en ce moment. Seulement, argument que les orateurs n'ont point fait valoir, il semble que ces faits donnent le motif de l'utilité, dans le traitement des tuberculoses, de ne pas employer un seul agent microbicide, mais d'en associer plusieurs entre eux.

A ces associations de microbes pathogènes, il faut opposer des associations de médicaments. C'est la seule conclusion pratique qu'il me semble utile de retenir.

II. **Le serum du sang de chien ou de chèvre dans la tuberculose.** — Arrivons à la thérapeutique de la tuberculose : Au Congrès, on en a peut-être trop peu parlé. Cette lacune s'explique, car, sur ce point, aucune découverte récente n'a été faite.

Le *serum du sang de chien* a beaucoup fait parler de lui il y a quelques mois. M. Héricourt l'a employé sur 56 malades (phtisie pulmonaire, autres tuberculoses). Voici les résultats qu'il annonce : tuberculeux au 3e degré; pas d'action thérapeutique, — phtisies au 2e degré, lupus, tuberculoses osseuses :

Digitized by Google

amélioration due sans doute à un relèvement des fonctions digestives,—tuberculoses au début, améliorations certaines; mais dans cette série, c'est M. Héricourt qui sincèrement l'avoue, on n'avait pas découvert le bacille dans les crachats.

M. Kirmisson a été plus heureux dans un cas de péritonite tuberculeuse ascitique chez une fillette de trois ans. Après une laparotomie, heureuse d'abord, l'ascite se reproduisant, il pratiqua les injections de serum, à la suite desquelles le liquide et l'induration abdominale disparurent.

Ces succès sont-ils réels ou bien s'agit-il de coïncidences heureuses? On se le demande après la communication de MM. Chantemesse et Le Pontec sur la tuberculose spontanée du chien. Son propre sérum ne lui confère donc pas l'immmunité contre la tuberculose? Comment, dès lors, la confèrerait-il à l'homme? On se le demande.

Il semble donc plutôt que l'action de ces injections, comme M. Vidal (d'Hyères) l'a montré, consiste dans le relèvement des forces du malade. Ce seraient donc des agents de la médication tonique, rien de plus.

Le *serum de sang de chèvre* est toujours recommandé par MM. Picq et Bertin (de Nantes), les initiateurs de son emploi en thérapeutique. Même témoignage favorable de la part de M. Bernheim. Mais, inutile d'insister. Si le serum de cet animal possède quelques vertus, ce n'est pas au titre d'antituberculeux, mais bien de tonique.

III. **Traitement de la phtisie par l'air créosoté.** — L'aérothérapie antiseptique de la phtisie a M. Tapret pour avocat convaincu. Depuis le 18 mai 1890, il rappelait cette date aux congressistes, il applique cette médication, avec quelques succès, aux phtisiques à toutes les périodes.

En voici la technique. Une cloche métallique de quatre mètres cubes abrite les malades. Immédiatement après leur entrée, on y élève la pression à une atmosphère et demie par le refoulement d'air chargé d'un milligramme de créosote par litre. Un dispositif permet de maintenir cette pression durant trois heures; de sorte que chaque séance dure quatre heures: trois heures de pression constante, une demi-heure pour la compression et une demi heure pour la décompression. On répète les séances chaque jour.

Pendant le séjour sous la cloche, les malades toussent peu, ne crachent point et accusent seulement une quinte de toux au moment où ils en sortent.

Les résultats obtenus ont été les suivants: amélioration de l'état général, de l'appétit, de l'embonpoint; cessation des hémoptysies; atténuation de la fièvre et des signes sthétoscopiques. M. Tapret a soigné ainsi trente phtisiques. Il continue ses essais. Comment, dès lors, juger définitivement ce procédé fort ingénieux, d'ailleurs, d'aérothérapie antiseptique?

IV. **Injections hypodermiques créosotées.** — La méthode est plus ancienne. Au congrès de la tuberculose, M. Gimbert, l'un de ses premiers inventeurs, en a rappelé les mérites et la technique dont tout récemment il formulait les règles devant la Société de thérapeutique (1).

M. Burlureaux a fait plus: il a voulu soumettre à ses collègues les malades qui suivent son traitement. Excellente leçon de choses, il a donc convoqué les congressistes au Val-de-Grâce pour apprendre à ceux d'entre eux qui l'ignorent, la technique des *injections hypodermiques d'huile créosotée* à hautes doses.

M. Vignenaud emploie aussi cette médication. Il a pratiqué, a-t-il dit, 3000 injections. *Experto crede Roberto*: il combat donc les scrupules de ceux qui en redoutent les effets en déclarant qu'il a obtenu sans aucun inconvénient des améliorations appréciables. Voici la formule du liquide dont il fait usage:

Créosote pure.....	2 parties
Huile stérilisée....	
Vaseline.....	1 partie

V. **Injections camphrées.** — Celles-ci sont d'introduction plus récente en phtisiothérapie et méritent, d'après M. Huchard et de son interne M. Faure Miller, d'être en plus grand honneur pour retablir le sommeil, l'appetit, les fonctions digestives et les forces des phtisiques, enfin pour diminuer la sudation.

Elles sont peu douloureuses: après elles, point d'escharres, point d'abcès, un peu d'engourdissement; tout au plus, par leur fréquente répétition, un goût de camphre; c'est le moment de suspendre la médication pendant deux jours pour y revenir ensuite.

Cette médication dispense de l'usage de la morphine et modifie le terrain tuberculeux. Voilà certes deux avantages qui suffisent pour la recommander. On la pratique au moyen d'une solution camphrée que M. Huchard formule ainsi:

Camphre.....	10 grammes
Huile d'olive stérilisée..	100 grammes

Le contenu d'une seringue de Pravaz représente 10 centigrammes de camphre. Dose initiale: 10 centigrammes, que l'on élève à 25 centigrammes.

M. Huchard a dans ces derniers temps ajouté le gaiacol au camphre. Cette communication est à coup sûr la plus originale de celles qui ont été faites au Congrès relativement à la phisiothérapie.

VI. **Emploi combiné de l'iodoforme et du serum de sang de chien.** — C'est M. Semmola qui la préconise. Depuis longtemps le savant médecin napolitain est un partisan de l'iodoforme à l'intérieur dans le traitement de la phtisie. Il le conseille à doses refractées, dans le but de mettre les alvéoles pulmonaires en contact permanent avec un milieu iodoformisé. Idée judicieuse, si on admet que l'iodoforme s'élimine en nature par la muqueuse des voies aériennes.

En effet, M. Semmola administre d'heure en heure aux phtisiques une pilule d'iodoforme à 1 ou 2 centigrammes.

De plus, depuis quatre mois, il adjoint à cette médication les injections de serum sanguin de chien par le procédé de MM. Héricourt et Richet. Qu'obtient-il? Des guérisons vraies? non, en toute sincérité il le déclare. Point d'améliorations dans les cas graves, où, d'ailleurs, aucune médication ne les procure. Dans les formes moyennes, moins de crachats, moins de bacilles dans les expectorations, l'augmentation du poids du corps.

VII. **Médications diverses.** — *Aération continue, tannin, acétate de plomb.* Comme d'ordinaire, plusieurs congressistes sont venus déposer en faveur des médications qu'ils préfèrent. M. Dubrandy a, une fois de plus et fort sagement, recommandé l'*aération continue* de la chambre des phtisiques par des dispositions fort simples et sans conditions architecturales spéciales: c'est le procédé de la fenêtre ouverte.

M. Arthaud a recommandé à ses collègues le *traitement de la phtisie par le tannin*, une vieille médication; M. Marquez a conseillé l'*acétate de plomb contre la pneumonie des tuberculeux*; M. Verneuil a, une fois de plus, célébré l'incontestable mérite de l'*éther iodoformé* contre *les abcès tuberculeux*; MM. Lannelongue et Coudray ont à nouveau exposé les six succès, un peu récents, ce semble, de la médication sclérogène (1); enfin, M. Picot a complété par des chiffres les statistiques du traitement de la phtisie par le gaiacol, chiffres, statistiques et traitement dont, il y a quelques mois, il entretenait l'Académie (2).

(1) V. ci-après, page 520.

(1) Voir: *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1891, p. 445.

(2) Voir: *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1891, p. 143.

Digitized by Google

Dans tout cela, on le voit, point de faits thérapeutiques bien nouveaux. Encore, si tous étaient inédits et n'avaient pas déjà été produits devant les Sociétés savantes ou publiés ailleurs!

(A suivre). N. D.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES FRANÇAISES

PARIS. **Société de thérapeutique** (22 juillet 1891). — I. *La technique des injections d'huile créosotée.* — LYON. **Société des Sciences médicales** (juillet 1891). — II. *De la valeur alimentaire du lait stérilisé chez les nourrissons.* — ROUEN. **Société de médecine** (13 juillet 1891). — III. *Un procédé de coloration rapide des bacilles de la tuberculose.*

I. **La technique des injections d'huile créosotée.** — La créosote, sous la forme d'injections sous-cutanées, est de nouveau en faveur parmi les thérapeutistes qui se livrent plus spécialement à la médication de la tuberculose. C'est pourquoi M. GIMBERT (de Cosmes), un de précurseurs des traitements actuels, avait quelque qualité, ce semble, pour faire connaître la pratique.

En voici les détails : comme *instrumentation*, une seringue ordinaire, de 10 à 15 centimètres cubes de capacité. Toutefois dans la pratique hospitalière, où on doit successivement injecter une série de malade, il emploie un appareil à air comprimé, refoulant l'huile dans la canule à injection.

Le *lieu d'élection* est une région dont le tissu sous-cutané, assez lâche, est recouvert d'une peau épaisse; le dos, l'abdomen ou les cuisses.

La *pénétration* de l'aiguille dans les tissus doit être assez profonde pour que le liquide médicamenteux soit conduit complètement sous la peau. Il faut éviter, en effet, toute lésion de cette dernière.

La *solution créosotée* contiendra une partie du principe actif pour vingt parties d'huile neutre. Dans la tuberculose pulmonaire, M. Gimbert préfère cette solution à celle plus concentrée (1 pour 10) dont M. Besnier fait usage dans le traitement des tuberculoses cutanées.

La *dose* injectable? Véritablement utile et thérapeutique, cette dose doit être de 3 à 4 grammes de créosote; mais, bien tolérée par un individu sain, elle donne une réaction vive chez un tuberculeux et provoque l'algidité (chute de température, menaces de collapsus, frissons et localement, phénomènes congestifs, augmentation de l'expectoration). On doit donc débuter par des doses peu élevées, quelques centigrammes par jour, et augmenter celles-ci jusqu à l'établissement de l'accoutumance.

Malgré ces précautions, l'emploi de l'huile créosotée est-il exempt d'inconvénient? M. Gimbert l'affirme et déclare que le foie, le rein, la peau la tolèrent. Cependant on peut lui répondre par les expériences de MM. Thouvenin et Daremberg, qui ont vu des lapins succomber par l'accumulation de l'huile injectée sous la peau.

Ici encore, il y a donc matière à discussion et à hésitation, il nous semble, sur l'innocuité des injections sous-cutanées d'huile à doses aussi élevées.

II. **De la valeur alimentaire du lait stérilisé chez les nourrissons.** — D'après M. VINAY (de Lyon) qui est l'inventeur d'un procédé et d'un instrument de stérilisation du lait, on peut résumer ainsi les avantages de cet aliment:

Comme aliment exclusif, le lait le mieux stérilisé ne vaut pas l'allaitement maternel. On ne doit donc l'administrer qu'exceptionnellement; insuffisance du lait maternel, et alors comme appoint à cette dernière; ou bien circonstance sociale telle que la mère ne voudrait à aucun prix se séparer de son enfant et ne peut prendre une nourrice à domicile.

On ne donnera pas le lait pur tant que l'enfant sera âgé de moins de sept mois. On le coupera d'eau suivant les proportions que M. Vinay a indiquées dans le tableau suivant :

AGE DE L'ENFANT		LAIT PUR	EAU	TOTAL	REPAS	SUCRE par repas	POIDS
Mois	Semaines						
1er mois	1re sem.	100	300	400	8-10	1/2 cuil. à c.	3200
	2e —	150	350	500	8-10	—	3400
	3e —	200	400	600	8-10	—	3600
	4e —	250	450	700	8-10	—	3800
2e mois.	1 — 4	350	450	800	8	—	4190
	3 — 4	450	450	900	8	—	4590
3e mois.	1 — 2	500	300	900	7-8	—	4815
	3 — 4	600	400	1000	7-8	—	5140
4e mois.	1 — 2	600	400	1000	7	—	5440
	3 — 4	650	350	1000	7	—	5740
5e mois.	1 — 2	700	300	1000	6	3/4 cuiller.	6015
	3 — 4	800	200	1000	6	—	6290
6e mois.	1 — 2	800	200	1000	6	—	6540
	3 — 4	900	100	1000	6	—	6790
7e mois.	1 — 4	1000	—	1000	6	1 cuiller.	7240

Des vomissements, des selles granuleuses et blanchâtres mettront en éveil contre le danger des troubles digestifs, et la nécessité de faire varier la proportion d'eau. M. Vinoy conseille la décoction d'orge, d'un usage banal, s'il y a de la diarrhée; celle d'avoine, s'il existe de la constipation.

Comme moyen thérapeutique, le lait stérilisé rend des services contre les diarrhées estivales et celles du sevrage. Sous son influence, parfois, mais non toujours, le flux intestinal et les vomissements s'atténuent.

Au demeurant, l'avantage de cet aliment est incontestable. Il vaut mieux que les autres succédanés du lait, mais n'est point une panacée.

III. **Un procédé de coloration rapide des bacilles de la tuberculose.** — La technique bactériologique ne peut devenir usuelle qu'en se simplifiant. Cette affirmation que M. Prudhomme ne refuserait pas de formuler, donne raison de l'effort des expérimentateurs pour obtenir ce résultat.

M. BOUCHER (de Rouen) propose donc le procédé suivant qui a le mérite incontestable de l'ingéniosité. On doit en féliciter l'inventeur,

Il consiste à substituer l'éther à l'alcool comme véhicule de la solution colorante, l'éther pénétrant plus rapidement que l'alcool les substances qui sont mises en contact avec lui, propriété tenant peut-être à sa volatilisation rapide et qu'il conserve sans doute en partie, malgré son mélange avec l'eau.

M. Boucher se sert des solutions suivantes :

1° Quatre centimètres cubes d'eau pour quatre gouttes d'une solution d'éther saturée de fuschine préparée au moment même où elle doit être utilisée;

2° Eau acidulée avec l'acide azotique au 10e;

3° Vert malachite, solution à saturation dans l'eau distillée.

Les lamelles bien séchées au préalable, comme dans tous les autres procédés, sont plongées une demi-minute dans la solution éthérée, lavées à grande eau, puis décolorée quelques secondes dans l'eau acidulée et lavées de nouveau à grande eau. La coloration du fond est donnée en les plongeant une demi-minute dans la solution de vert malachite et en les lavant à grande eau au sortir de ce bain. Elles sont alors séchées et montées dans le baume. Ce procédé offre un certain avantage en ce qu'il rend très évidentes les fibres élastiques des crachats, mais tous les microbes [illegible] décolorés, à l'exception de ceux de la tuberc[illegible] coup fait parler de lui il y au 10e. [illegible]é sur 56 malades

M. Boucher déclare que son procédé [illegible] Voici les résultats d'inventeurs ne possèdent poin[illegible] pas d'action thérapeu- [illegible] lupus, tuberculoses osseuses:

Digitized by Google

déclare que par de nouvelles recherches, on pourra obtenir un procédé encore plus facile pour découvrir les bacilles dans les crachats.

N. B.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 août 1891

Présidence de M. le Dr Tarnier.

Entéro-anastomose pour un carcinôme du cæcum. — M. Chaput communique l'observation suivante au nom de M. Terrillon et au sien.

Il s'agit d'un homme de 58 ans qui présentait en mai 1891 une tumeur de la fosse iliaque, dure, douloureuse, peu mobile, ayant grossi rapidement depuis trois mois. Le malade de teint cachectique racontait avoir été pris en juin 1890 de diarrhée ayant duré un mois. Plus tard, il avait été soigné pour des troubles digestifs par les docteurs Marfan et Haussmann. Une forte hémorrhagie intestinale suivie de melaena avait eu lieu un mois auparavant.

Le diagnostic de carcinôme du cæcum fut posé et l'intervention résolue. Le volume considérable de la tumeur, l'âge et la cachexie du malade firent repousser la résection intestinale comme trop dangereuse et l'entéro-anastomose fut décidée.

Elle fut exécutée le 28 mai 1891. On fit une incision médiane de 12 cent.; après avoir vérifié le diagnostic par une main portée dans le ventre, la dernière anse grêle fut amenée dans la plaie médiane; même pratique pour l'S iliaque. Ces deux anses sont suturées l'une à l'autre sur une hauteur de 5 centimètres par deux étages de sutures de Lembert à points séparés. On fait alors sur chaque viscère une incision de 4 à 5 centimètres et on suture ensuite à points séparés les deux muqueuses des lèvres postérieures de l'incision.

Sur les lèvres antérieures, on fait successivement la suture des muqueuses, puis deux plans séro-séreux. Des points complémentaires sont ajoutés au niveau des deux extrémités de l'incision.

Les jours suivants, le malade prit de l'opium à haute dose et des aliments liquides en quantité modérée et progressive. Le 17 juin, il rentrait chez lui complètement guéri. Actuellement, il est encore en bonne santé quoiqu'il se plaigne de douleurs liées évidemment à la présence de sa tumeur.

L'entéro-anastomose présente des avantages considérables, elle est très bénigne, elle évite le passage des matières sur les surfaces ulcérées, elle empêche l'inflammation de la tumeur et par conséquent la putréfaction des matières intestinales avec l'empoisonnement et la diarrhée qu'elle comporte; pour la même raison, les hémorrhagies ont moins de tendance à se produire. Enfin, le malade n'est pas exposé à l'occlusion intestinale qui est la terminaison habituelle du carcinôme de l'intestin.

Au contraire, la résection est une opération très grave à cause de l'étendue de la tumeur (en rapport avec la difficulté du diagnostic), de plus et pour la même raison, la récidive est absolument sûre.

L'anastomose avec sa bénignité et son soulagement certain est donc infiniment préférable.

M. Chaput, dans un travail récent, a recueilli neuf observations étrangères d'entéro-anastomose pour cancer avec deux morts et sept guérisons. Cette observation est la première en France d'entéro-anastomose pour carcinôme de l'intestin.

Foie et rein mobiles. — M. G. Marchand lit l'observation d'une femme qui avait été [illegible]rée d'un kyste hydatique du foie [illegible] de ceux qui e[illegible] il y a quatre ans. Depuis cette qu'il a obtenu sans [illegible] ressentait des douleurs extrêmement vives [illegible]ciables. Voici la for[illegible]. On constatait une tumeur à la région [illegible]ostiqua facilement un rein mo- [illegible] très embarrassé au sujet de la tumeur de la région hépatique. Cette tumeur, siégeant sous les fausses côtes, était extrêmement mobile et fuyait sous le doigt. M. Marchand pensa avoir affaire à un kyste hydatique de la face inférieure du foie.

On fit une laparotomie exploratrice. L'incision fut faite au niveau de la région hépatique et du lobe droit. Le foie fut découvert. Il débordait les fausses côtes de cinq travers de doigt. Dès qu'on le touche, on constate une extrême mobilité. Il n'y a rien à la face inférieure du foie. Celui-ci oscille autour de son axe transversal; il est absolument normal. On n'avait donc affaire qu'à un foie mobile.

M. Marchand, traversa le bord antérieur du foie avec des fils de soie et le fixa avec des sutures perdues au niveau du péritoine et des dernières côtes. Quatre semaines après, la malade se levait. On fit, en juin, une deuxième opération pour le rein, d'après le procédé de MM. Guyon et Tuffier. La malade guérit et fut débarrassée complètement de ses douleurs.

Action de l'ozone sur le sang. — M. Girerd conclut de ses recherches que l'azone transforme l'albumine en fibrine et l'hémoglobine en oxyhémoglobine. Son action prolongée sur cette fibrine à l'état naissant la redissout et la rend incoagulable par les acides et les sels métalliques. L'ozone est l'agent de la transformation du sang en fibrine et les effets des l'ozonisation sont produits par le fer contenu dans les globules, lequel, sous l'influence d'une première ozonisation, acquiert la propriété d'ozoniser l'oxygène ordinaire. Parmi les corps susceptibles d'absorber ou de conserver l'ozone pour le restituer ensuite, M. Girerd cite la terpine, l'essence de térébenthine et l'éther ozoné.

M. Blache lit un mémoire sur la protection de l'enfance dans le Département de la Seine.

F. R.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Après un Congrès. — L'étude de la tuberculose et le discours de M. Villemin. — Science et patriotisme français

La deuxième session du Congrès pour l'étude de la tuberculose vient de se terminer. Elle n'a, fort heureusement, manqué ni d'éclat ni d'adhérents.

Et cependant, voilà déjà que l'on n'en parle plus. *Sic transit gloria*: Bossuet, l'Ecclésiaste et tout le monde ont bien raison de le dire : la gloire dure à peine une semaine. Ceci tue cela; un Congrès en chasse un autre.

Après la tuberculose, l'aliénation mentale au Congrès de Lyon; à Bournemouth, la réunion annuelle de l'Association médicale britannique; enfin, depuis avant-hier, adieu Paris, Lyon et Bournemouth; tout pour Londres et les hygiénistes des Deux-Mondes, en rendez-vous international sur les bords de la Tamise (1).

Il serait vraiment fâcheux que l'une de ces réunions fît oublier l'autre et, surtout parmi les manifestations scientifiques auxquelles le Congrès de la tuberculose a donné lieu, l'éloquent discours d'ouverture prononcé par M. Villemin.

Il était, en effet, nécessaire d'embrasser d'un coup d'œil impartial l'ensemble un peu confus des recherches contemporaines, souvent originales et, trop souvent aussi, contradictoires. Il fallait, avec une calme sérénité, regarder en arrière pour mesurer le chemin déjà par-

(1) V. ci-après, page 520.

(1) Le *Journal des Praticiens*, qui a déjà rendu compte du Congrès de la tuberculose, donnera, dans ses prochains numéros, la revue critique des travaux les plus intéressants de ces multiples réunions scientifiques (N. de la R.).

Digitized by Google

couru et profiter de cette halte pour montrer celui de demain. Plus que tout autre, le précurseur et l'initiateur des découvertes modernes avait seul qualité pour le faire.

Il l'a fait; voici en quels termes :

« Les mémorables travaux de M. Pasteur sur la préservation des maladies virulentes par l'action des virus atténués avaient ouvert une voie féconde ; il fallait s'attendre à ce que l'on cherchât dans cette direction des analogies et des rapprochements au sujet de la tuberculose. Mais ici les choses se présentent sous des aspects variés.

« Les maladies virulentes, considérées au point de vue de leur évolution, offrent deux groupes bien distincts : les unes, comme la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives dont la variole est le type et l'exemple depuis longtemps étudié, ont une évolution cyclique, d'une durée déterminée à peu près constante. Quand elles n'entraînent pas la mort, elles aboutissent, au bout d'un temps généralement assez court, à la guérison, après s'être épuisées d'elles-mêmes. Elles laissent l'économie dans un état particulier qui la rend impropre à servir de nouveau de terrain de culture au virus.

» L'autre groupe de maladies microbiennes dans lequel se range la tuberculose, diffère essentiellement du précédent. Celle-ci n'a rien de fixe dans sa durée, ni dans sa marche, ni dans les phases de son évolution ; il y a des tuberculoses aiguës, à marche rapide, à lésions généralisées ; il y en a d'autres à évolution lente, à marche torpide, à localisations restreintes, qui font supposer qu'elles sont d'une virulence de faible intensité. Mais l'observation n'autorise pas à conclure jusqu'ici que la maladie s'épuise d'elle-même, ni confère la moindre immunité relative. Tous les jours nous voyons des sujets, atteints de cette variété de tuberculose, finir par succomber sous les coups répétés de petites poussées plus ou moins espacées, ou emportés par des manifestations qui prennent inopinément des allures aiguës, après de longues périodes d'état torpide. Si l'on a vu des tuberculoses atténuées, locales, aboutir à des guérisons, celles-ci ne peuvent légitimement être attribuées à l'action du virus faible faisant office de vaccin ; la guérison, aussi bien que l'atténuation elle-même, résulte vraisemblablement d'une cause que nous ne connaissons pas, qui agit ou sur la virulence, dont elle amoindrit l'intensité, ou sur le terrain, dont elle augmente la résistance. La tuberculose à forme atténuée ne semble procurer aucune préservation, aucune vaccination au bénéfice des sujets qui en sont atteints. Le virus tuberculeux ne crée pas d'immunité contre lui-même, du moins dans les conditions de l'observation de tous les jours. Il était donc à prévoir que la célèbre tuberculine n'apporterait pas la guérison, ni même l'amélioration espérée. Ces inductions tirées de l'observation clinique n'ont, sans doute, qu'une valeur relative, mais elles ne pourraient être sérieusement ébranlées que par des faits expérimentaux bien assis, sévèrement contrôlés et établissant solidement la puissance vaccinante du virus tuberculeux.

» L'aptitude à la tuberculose existe à des degrés divers dans les différentes espèces animales. On est autorisé à croire qu'elle dépend de différences correspondantes dans la composition des milieux organiques de ces animaux, différences qu'aucune analyse ne nous a encore révélées jusqu'ici. Si jamais on parvenait à connaître les principes dont la présence ou l'absence augmente la résistance de l'organisme, on posséderait une donnée d'un prix inestimable, C'est sans doute l'idée de cette recherche qui a conduit certains expérimentateurs à tenter la guérison de la tuberculose par la transfusion du sang, par les injections de sérum et d'autres liquides empruntés à des animaux réputés réfractaires à la maladie ou au moins reconnus d'une faible aptitude à la contracter. Ces tentatives ont fait quelque bruit dans ces derniers temps ; elles ont même fortement ému le public. L'avenir nous dira ce qu'il devra rester des espérances qu'elles ont fait naître.

Les milieux vivants constituent des terrains de culture pour les virus qui varient beaucoup sous le rapport de la réceptivité non seulement d'une espèce à l'autre, mais aussi d'un individu à l'autre dans la même espèce. La clinique s'est appliquée à relever chez l'homme toutes les circonstances intrinsèques et extrinsèques qui semblent favoriser l'éclosion de la tuberculose, son extension et son aggravation. C'est ce qui constitue le bilan étiologique de la maladie sur lequel nous avons vécu jusqu'à ces derniers temps. Nous n'avons rien à répudier de cet amas de connaissances accumulées par l'observation de bien des générations. Sans doute, on a eu tort de faire naître la tuberculose de toute pièce des multiples conditions réprouvées par l'hygiène, mais il ne pouvait en être autrement vu l'état des connaissances de l'époque. De même, on aurait tort, aujourd'hui, de ne tenir compte, dans la production et l'extension de ce mal, que du germe déterminateur dont il dérive, sans vouloir reconnaître l'importance du terrain où il se développe. Celui qui trouverait le moyen de détruire, d'annihiler, dans l'organisme, le virus parasite qui engendre la tuberculose rendrait assurément un service d'un prix incalculable, mais celui qui parviendrait à transformer l'économie en milieu réfractaire à son développement rendrait un service au moins égal, sinon supérieur. Nos efforts prophylactiques et thérapeutiques doivent donc être constamment dirigés vers ce double but : 1° détruire, amoindrir la virulence et la reproduction du germe créateur de la maladie ; 2° renforcer la résistance du milieu et écarter toutes les conditions qui l'affaiblissent.

» L'ardente activité déployée dans ce genre de recherches a été portée à son paroxysme, en ces derniers temps, dans tous les pays. Partout on travaillait avec une fiévreuse ardeur, quand brusquement, pendant le Congrès médical de Berlin, Koch laissa entrevoir qu'il était sur le point d'arriver à guérir la tuberculose ; il ne lui fallait plus, disait-on, que quelques jours d'étude et de recherches pour atteindre un résultat définitif. A cette nouvelle, un immense tressaillement parcourut le corps médical du monde entier. La grande réputation de ce savant inspirait la plus entière confiance. On attendit, on attendit non sans impatience, mais avec la foi la plus complète. Tous les jours, les regards fixés sur Berlin, on interrogeait la presse scientifique, quand, tout à coup, au mois de novembre dernier, retentit, comme un fracas de tonnerre répercuté par les mille échos de la publicité, l'annonce de la grande découverte déclarant que la science était, dès ce jour, en possession d'un remède d'une puissante activité et plein de gigantesques promesses.

» La communication de Koch fut accueillie avec un enthousiasme indescriptible.

» Avant de connaître la composition et la provenance de la fameuse lymphe qui s'était bien révélée par des phénomènes violents et dangereux, mais dont on ne connaissait encore aucun effet bienfaisant sur les animaux, on se jeta tête baissée dans l'expérimentation sur l'homme sans y mettre toujours peut-être la prudence que commandait une pareille situation.

» Vous savez quels ont été les résultats de ce contrôle général, de cette vérification impartiale.

» Une douloureuse déception a suivi la perte de nos illusions d'un jour. Cela nous montre, une fois de plus, combien de difficultés et d'obstacles se dressent devant nous. Il est probable que la disparition de la tuberculose ne sera pas due à une sorte de miracle qui anéantira d'un trait le virus créateur du mal, ni qui lui supprimera d'emblée les moyens de vivre et de se reproduire dans les milieux vivants. Longtemps encore nous serons réduits à nous contenter d'améliorations relatives, de

Digitized by Google

succès incomplets et, trop souvent... d'espérances. Mais ne nous décourageons pas. Travaillons, unissons nos efforts.

» La science ne saurait se faire en un jour ni par un seul homme. »

***

Avec une discrétion trop modeste, M. Villemin n'insiste pas, dans ce discours, sur l'origine de tous les travaux contemporains et sur la découverte française de la virulence de la tuberculose.

Nous ne sommes point tenus à la même discrétion; aussi, en reproduisant un extrait de cette allocution, nous entendons à la fois rendre hommage à la vérité et au nom, trop rarement cité, du laborieux médecin militaire français, initiateur de ces fécondes découvertes.

Encore un mot : il est périlleux de vouloir fatiguer la Renommée : M. Koch et ses compatriotes commencent à en savoir quelque chose. Le véritable savant n'est-il pas celui qui, plus réservé, se contente de répéter après Storck et, à bon droit, « *nec honorem, nec gloriam, nec nomen immortale, nec lucrum desidero; vellem tantum esse utilis misero* ? »

Celui-là, le patriotisme français à bien, ce semble, le droit d'en être fier et le devoir d'en immortaliser le nom.

CH. ELOY.

LES JOURNAUX DE LA SEMAINE

La question de l'officiat de santé jugée par un médecin de campagne. — Nous trouvons dans la *Normandie Médicale* du 1er août, une lettre inspiré par un judicieux bon sens et signée de notre estimé confrère, M. le Dr Dijoint (de Fouville). En voici quelques extraits :

L'unification des diplômes s'impose dans l'intérêt des malades et dans l'intérêt des médecins.

1° *Dans l'intérêt des malades.* — Personne ne conteste que l'officier de santé ne puisse devenir bon praticien. Nous avons parmi nos confrères des officiers de santé dont nous apprécions le sens pratique et les connaissances médicales. J'accorderai même que ceux sortis de l'Ecole de Rouen se trouvent dans un état de capacité très satisfaisant. Mais, le niveau des études est-il le même dans toutes les Ecoles secondaires ? Ceux d'entre nous qui ont passé par une de ces Ecoles savent que telles d'entre elles sont de trop complaisantes fabriques d'officiers de santé; les protections y jouent un rôle trop facile; on y reçoit tout le monde; les croûtes le savent et s'y réfugient, *refugium peccatorum*.

Mais, si l'on supprime les officiers de santé, dit votre correspondant X..., le territoire se trouvera en partie privé de secours médicaux. Ainsi le département de la Seine-Inférieure perdrait avec le temps un tiers de ses médecins....

Je réponds : s'il y a des officiers de santé en si grand nombre dans notre département relativement riche, je pourrais citer d'autres départements moins riches, tels que la Savoie, qui ne comptent pas ou presque pas d'officiers de santé; les secours médicaux n'y font pourtant pas défaut. La vérité est que le nombre considérable des officiers de santé dans certains pays encombre la carrière et empêche beaucoup de jeunes gens de choisir notre profession.

2° *Dans l'intérêt des médecins.* — Inutile d'insister sur le rehaussement moral qui résulterait pour le corps médical de la suppression de l'officiat. Je me permettrai seulement d'attirer spécialement votre attention sur la question d'intérêts pécuniaires. Dans la pratique ordinaire, les droits de l'officier de santé sont, en fait, égaux à ceux du docteur. Votre correspondant reconnaît bien cette injustice quand il propose de parquer les officiers de santé dans ce que j'appellerai les *petits trous*. Or, ces petits trous-là font précisément vivre les docteurs de campagne. Si l'on nous amenait des officiers de santé dans nos bourgades même éloignées de nos petits centres, il nous faudrait plier bagage. Les populations campagnardes n'entendent point de cette oreille-là; elles n'en sont plus à croire que les officiers de santé sont supérieurs aux autres parce qu'ils sont *officiers*; elles réclament des docteurs à grands cris. Que voulez vous ? c'est la fin du siècle, c'est le progrès ! L'officiat de santé est usé, il faut le supprimer.

INFORMATIONS

L'institut médico-légal de Paris. — Le Conseil général vient d'adopter en principe la création de l'établissement dans le voisinage de la Morgue.

Il comprendra des salles de dépôt et d'autopsie, un amphithéâtre pour les leçons de médecine légale, une chambre noire, des laboratoires pour les recherches chimiques et microscopiques, des cabinets pour confrontations et interrogatoires par les juges d'instruction, de manière à répondre à toutes les nécessités pratiques de l'information judiciaire et de l'enseignement spécial de la médecine légale.

L'exécution de ce projet aura l'avantage de désencombrer les bâtiments de la Morgue en les débarrassant du service des autopsies judiciaires et de l'amphithéâtre de médecine légale, et de réunir sous le même toit les laboratoires dispersés à la préfecture de police et ailleurs.

NOUVELLES MILITAIRES

FRANCE

Nomination dans le corps de santé de la marine. — *Au grade de médecin de 2e classe* : M. le Dr Bonsignorio, médecin auxiliaire de 2e classe; Chénimiade et Vincent, médecins auxiliaires de la marine.

La pelade et la question du képi. — Quelques journaux militaires signalent une recrudescence de cas de pelade parmi les hommes de la garnison de Paris. Ils en accusent les tondeuses employées à la coupe des cheveux, et la mise en service de képis passant d'une tête sur l'autre.

La désinfection des ventouses par l'eau bouillante est aisée; mais un préjugé mal fondé l'accuse de détériorer les instruments.

La désinfection des [illegible] est illusoire comme on la pratique, les parties en [illegible] sont point désinfectées par le passage à l'étuve que [illegible]mentairement on doit faire subir aux effets des hommes avant chaque mutation. Une mesure d'économie mal entendue ne prescrit pas le remplacement des parties en cuir; ce serait cependant le seul moyen d'obtenir une sécurité hygiénique réelle. Avis à la Commission du budget et aux bureaux qui font si souvent la sourde oreille aux remarques judicieuse du service de santé, et en manière d'économie compromettant ainsi l'hygiène militaire et l'hygiène publique.

ÉTRANGER

ITALIE. — **Un essai de mobilisation de la Croix-Rouge.** — Cet essai a eu lieu du 9 au 13 juillet, par les soins du Comité florentin. Le terrain choisi était les Alpes pistoises, le personnel médical comprenait cinq officiers et quinze hommes de troupes. De Florence à Pracchia, transport en chemin de fer; de Pracchia à San-Marcello, trajet à pied. Dans cette localité on a établi l'hôpital qui est resté monté durant un jour. De San-Marcello, le matériel a été transporté à Cutigliano à dos de mulets. Puis retour à San-Marcello, et ensuite à Florence par Pistoia.

Digitized by Google

Le matériel d'hôpital comprenait cinquante-deux caisses et quinze ballots, auxquels s'ajoutaient cinq caisses de campagnes à l'usage des officiers ; au total, un poids de trois tonnes.

VARIÉTÉS

Action de la chaleur sur la puissance des microbicides. — Des expériences ont été entreprises par Helder sur les spores du charbon à l'aide des solutions phéniquées. La solution à 5 0/0 posséderait, à 55°, une activité plus grande qu'à la température ordinaire.

La créoline à 10 0/0, la pyocktanine à 1 0/0 et l'eau de chaux ne présentent pas la même propriété.

Une statistique obstétricale. — Elle a été dressée à la Sloan Maternity de New-York. Sur 1,000 accouchées, la plus âgée avait 56 ans ; la plus jeune, 12 ans et 10 mois ; 59 de 20 à 30 ans. Le plus grand nombre, 547, étaient des primipares. Dans 936 cas, il y eut présentation du vertex ; 610 fois en position L. O. A. On dut 112 fois pratiquer une intervention opératoire.

Les honoraires des médecins marseillais en 1702. — M. Alezais vient, dans le cours d'une étude professionnelle intéressante, d'exhumer un acte de l'ancien Collège de médecine et de chirurgie de Marseille. Le voici :

« Le dit collège, désirant de faire cesser toute sorte de contestation et tout prétexte de procès, comme aussi afin que tous les médecins agrégés se comportent d'une manière uniforme dans le payement de leurs honoraires, et dans les taxes qu'on ne peut éviter de faire soit en justice ou autrement, a délibéré qu'à l'avenir le prix de chaque visite sera réglé à un quart d'escu blanc, et partant que les malades qui voudront plus que d'une visite par jour les payeront toutes également.

» Les consultations seront payées à l'ordinaire, c'est-à-dire à un escu blanc. »

NÉCROLOGIE

En France : M. le Dr J. Hœmmerlin (d'Epinal).

En Russie : M. le Dr Hugenberger, directeur de l'Institut obstétrical de Moscou et professeur honoraire à l'Institut Hélène Paulowska, pour les sages-femmes, à Saint-Pétersbourg.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Accorimboni. — Du traitement de la pleurésie (*Riforma medica*, 4 juin 1891).

Baccelli. — Infection malarique chronique avec symptomes de sclérose en plaques (*Riforma medica*, 26 juin 1891).

Birkett — De l'hémiatrophie de la langue (*Montréal méd. Journal*, mai 1891).

Bono (de). — Contribution à l'étude de l'ophtalmoplégie nucléaire de la 3e paire (*Riforma medica*, 10 juin 1891).

Debru. — Sur un cas de syphilis tertiaire (*Gazette hebd. des Sciences méd. de Montpellier*, 13 juin 1891).

Fisher. — Une épidémie de pneumonie et traitement de cette affection par le calomel (*The New-York medical Record*, 6 juin 1891).

Foa et Carbone. — Etude sur le processus pneumonique *Riforma medica*, 8 juin 1891).

Grun. — De l'emploi de l'acetanilide dans le traitement de la bronchite aiguë et chronique (*The Lancet*, 27 juin 1891).

James (A). — Epanchement pléural fétide (*Edimbourg med. Journal*, juillet 1891).

Nicholson (F.). — Les complications et les suites de l'influenza (*The British med. Journal*, 13 juin 1891).

Pagliano. — Rhumatisme et chorée (*Marseille médical*, 30 juin 1891).

Pomeroy (O. D.). — Sur quelques points de la pathogénie du vertige auriculaire (*The New-York med. Journal*, 20 juin 1891).

Richarson. — Du bruit de diable dans la chlorose (*The Lancet*, 27 juin 1891).

Rand. — De la valeur diagnostique du frémissement vocal dans la pneumonie (*The New-York medical Record*, 6 juin 1891).

Santi. — La pectoriloquie aphone, caractère, pathogénie, valeur séméiologique (*Montpellier médical*, 1er juillet 1891).

Tommasoli. — Sur deux cas intéressants pour l'histoire de la pathogénie du psoriasis (*Riforma medica*, 6 juin 1891).

Villeneuve. — Note sur un cas de bilharzia hematobia (*Marseille médical*, 30 juin 1891).

Wright (J.). — Syphilis de la trachée (*The New-York med. Journal*, 13 juin 1891).

Zamboni. — De la contraction provoquée du pouls artérie- (*Riforma medica*, 15 juin 1891).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Allen (C.). — Le traitement de l'érysipèle. (*The American journal of the med. sciences*, juillet 1891, p. 51).

Anderson. — Des contractures des doigts et des orteils ; leurs causes, leur pathologie et leur traitement. (*The Lancet*, 4 juillet 1891).

Audry. — Sur les récidives des kystes des maxillaires. (*Lyon médical*, 5 juillet 1891).

Ipavic (B.). — Un cas d'hygroma congénital. (*Wiener méd. Woch.*, 13 juin 1891).

Koplik. — L'étiologie de l'empyème chez les enfants. (*The American journal of the med. sciences*, juillet 1891, p. 46).

Lloyd (E.). — Lamnectomie (cent cas de chirurgie spinale). (*The Amevican Journ. of the med. Sciences*, juillet 1891, p. 25).

Tansini (J.). — Deux cas de trépanation du crâne pour épilepsie. (*La Riforma médica*, 20 juin 1891).

CLINIQUE OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

Adamo (D.). — Contribution à l'étude des fibromyômes utérins. (*Revista médica de Sévilla*, 30 mai 1891).

Dorr. — De la fièvre puerpérale (son traitement). (*Arch. of Gynecology*, mai 1891).

Dubrueil. — Chute de l'utérus, cloisonnement du vagin par le procédé de Lefort. (*Gaz. hebd. des sciences méd. de Montpellier*, 28 mai 1891).

Fraipont. — Opération de Porro dans l'ostéomalacie. (*Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*, juin 1891, p. 225).

Lugeol. — Dystocie par obstacles dus au col. (*Journal de Méd. de Bordeaux*, 31 mai 1891).

Teixeira (C.). — Sur un cas de fibrôme interstitiel de l'utérus, hystérectomie abdominale. (*O Brazil Medico*, 1 mai 1891).

Veit (J.). — Hematosalpingite et gestation tubaire. (*Cent. f. Gynæk*, 30 mai 1891).

Whitridge (W.). — De l'accouchement provoqué dans l'astrésie du bassin. (*Arch of Gynecology*, mai 1891).

MÉDECINE ET CHIRURGIE D'ARMÉE

Magwatt (C.). — Deux cas de blessures du poumon par armes à feu. (*The Brit. Med. Journal*, 4 juillet 1891).

Piggott (E.). — Note sur un cas de plaie du bras par balle de pistolet. (*The Lancet*, 4 juillet 1891).

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

PARIS. — IMPR. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE — N° 34 — 19 AOUT 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, BÉCLÈRE, BROCQ, DEMELIN, DU CASTEL, GINGEOT, Charles MAURIAC, PICQUÉ Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

CLINIQUE MÉDICALE

Ecole de Médecine de Tours. — M. le Dr DUCLOS.

De la stercorémie aiguë fébrile.

J'ai publié naguère un travail ayant pour but d'établir l'origine intestinale de la chlorose (1). Les conclusions que je formulais ont été contrôlées ainsi que je le désirais, et acceptées par un grand nombre de praticiens. Aujourd'hui, je me propose de faire connaître une autre forme aiguë, fébrile, de l'intoxication stercorale, simulant dans un certain nombre de cas la fièvre typhoïde, et peut être même quelquefois cette maladie, encore peu connue dans son essence, qu'on décrit sous le nom d'anémie pernicieuse. Une observation recueillie sous ma direction par M. Barusby, chef de clinique, servira d'entrée en matière. Je la résume en ayant soin de prévenir tout d'abord que les relevés thermométriques ont été faits avec la plus rigoureuse exactitude, en contrôlant avec un second instrument les résultats indiqués par le premier.

Le 10 juillet 1890 entre, à l'hôpital, un jeune alsacien de 17 ans, Philippe, fort et d'une apparence vigoureuse. Il était dans un tel état de stupeur, qu'à la visite du soir, quelques heures seulement après son entrée, on ne peut arriver à le questionner. D'ailleurs, il connaissait très imparfaitement la langue française, et il éprouvait une extrême difficulté à exprimer à peine quelques mots sans suite. Personne ne pouvait nous donner aucun renseignement sur tout ce qui s'était passé jusque-là. On nous affirme seulement que cet état dure depuis plusieurs jours.

La peau était très sèche, très brûlante, le pouls très fréquent, dépassant 125, la langue épaisse, pâteuse, la douleur de tête très intense, accompagnée de délire sans violence, le marmotage des typhiques qui ont dépassé le premier septenaire. Un examen très méthodique et très complet de la poitrine ne révèle rien de particulier. Peu de gêne respiratoire, pas de toux.

En palpant l'abdomen, on provoque du côté de la fosse iliaque droite une douleur qui semble toutefois plus vive dans le bas-ventre, et qui s'accuse au palper par des mouvements d'impatience et par des gestes un peu incohérents. Un peu de tension générale du ventre, un certain tympanisme, pas de taches lenticulaires.

Deux heures après l'entrée à l'hôpital, le malade est pris d'un violent frisson qui dure environ 20 à 25 minutes, suivi d'une chaleur très intense, et très promptement d'une sueur profuse. Température, 41°7. Pouls dépassant 130. Une dose d'un gramme du chlorhydrate de quinine est administrée, suivie après quatre heures d'une nouvelle dose de 50 centigrammes.

(1) Voir: *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique* (27 octobre 1887).

A huit heures du soir, la température descend à 40°5, l'état général quelque peu amélioré.

Le 11, au matin, la température s'abaisse à 37°9, sans notable changement dans l'état général. Prostration, céphalalgie, intelligence très obtuse.

Le soir, température 38°8. Nouvelle dose d'un gramme de quinine. Pas d'évacuations.

Le 12, au matin, température 37°. Etat général toujours pénible. Même aspect typhique. Peu ou pas de connaissance.

Le soir, température 40°5 c'est-à-dire 3°5 de différence avec le matin. Peu de connaissance, aucun phénomène thoracique appréciable. Langue pâteuse. Pas d'évacuation. Pouls dépassant 130.

Le 13, au matin, 38°5; pouls moins fréquent, même état général. Pas d'évacuation. A l'examen rectal uni au palper abdominal, matières fécales dures et en quantité notable, remplissant le rectum et l'S iliaque. Deux lavements purgatifs administrés sans résultat.

Le soir, 39°8. Aucune évacuation. On administre deux gouttes d'huile de croton, et on donne un troisième lavement avec double dose de séné et de sulfate de soude. Une débâcle intestinale considérable se produit de matières dures, en boules, dont quelques-unes ayant la consistance de pierres.

Le matin, 39°1, pouls a 100. Amendement de tous les symptômes. Le malade a un peu de connaissance. Il accepte quelques cuillerées de bouillon et de bière, la seule boisson qu'il consente à prendre. On continue l'usage de la quinine et de lavements simplement laxatifs.

Cet état se maintient pendant plusieurs jours avec des exacerbations vespérales et des rémissions matinales. Le malade a absolument l'aspect d'un typhique qui s'achemine très lentement vers l'entrée en convalescence. Aucune tache lenticulaire, aucun phénomène thoracique ou abdominal, à cela près d'un léger tympanisme, idées encore vagues, indifférence complète à toute chose.

Grâce à la quinine régulièrement continuée et aux lavements qui maintiennent des évacuations incomplètes, d'ailleurs, l'état reste à peu près stationnaire. Cependant, le pouls est moins fréquent, la chaleur moins vive, l'intelligence plus nette, lorsque le vingt-deuxième jour, le malade étant resté deux jours sans évacuation, les symptômes généraux reprennent avec une violente intensité. La température, qui était le matin à 38°, s'élève, après un violent frisson, à 41°9 le soir. En même temps, perte complète de connaissance, pouls dépassant 136, état de profonde stupeur.

Nouveau lavement purgatif à double dose, suivi d'évacuations abondantes, et, dès le lendemain matin, le thermomètre de nouveau à 39°1, ce qui fait 2°8 de variation en douze heures.

Cet état se prolonge avec des variations à peu près régulières. La quinine n'est plus, à proprement parler, le vrai moyen fébrifuge, c'est le lavement purgatif de séné et sulfate de soude. Dès que la température prise rigoureusement matin et soir et quelquefois même dans la journée présente un écart notable, le lavement purgatif est administré, et remet les

Digitized by Google

choses en l'état. Peu à peu le malade reprend un peu de vitalité, son intelligence devient plus nette, et les cinq derniers jours de juillet les variations matinales et vespérales, bien que pouvant atteindre quelquefois 8 dixièmes de degré ou même un degré, ne s'accompagnent d'aucun phénomène grave nouveau.

Le 3 août, nouvelle brusque élévation thermique, 39°5 le matin, le soir 38°, le lendemain 37°. Le 8 août 38° le matin, le soir 40°3, le lendemain 38° au matin 37°5 le soir. Cette situation se maintient avec des variations énormes de 1°8 ou même de 2°2 du matin au soir, et à des intervalles variables sans aucune régularité. Le 25 août pour la dernière fois la température dépasse 39°3.

A partir du 10 septembre, la température oscille jusqu'à la complète convalescence entre 37° et 37°5, s'abaissant quelquefois à 36°8. Ce qui est constant c'est l'influence qu'exerce le nettoyage de l'intestin au moyen d'un purgatif généralement salin, et de lavements suivis d'évacuation. En outre, chaque soir, pendant toute la maladie, on a administré un lavement d'eau boriquée à 25 grammes par litre. La convalescence fut longue, difficile. L'alimentation dut se réduire à du laitage, des potages très dépouillés de graisse, plus tard un œuf à la coque. Ce n'est qu'après le 15 septembre que le malade peut supporter sans élévation de température à peine quelques bouchées seulement de viande blanche. Il quitte l'hôpital en octobre ayant encore besoin, pour reprendre des forces, d'un séjour de deux mois à la campagne.

Je résume cette observation : fièvre intense avec accidents généraux très prononcés. Etat typhique complet, très net. Diminution notable des phénomènes morbides sous l'influence des purgatifs et des préparations solubles de quinine. Retour très rapide et très fâcheux des symptômes que les purgations et la quinine font encore chaque fois disparaître en grande partie. Variations, absolument spéciales et extraordinaires, de la température, ayant un jour atteint 4°8. Ces alternatives d'aggravation et de mieux, se produisant pendant deux mois, et chaque fois avec une influence immédiate et incontestable des purgatifs, des préparations de quinine et des désinfectants intestinaux, sous forme de grands lavements boriqués. Convalescence lente, difficile avec tout l'aspect des convalescences de la fièvre typhoïde grave la plus classique.

Un autre fait semblable, mais avec des accidents d'apparence un peu moins grave, se présentait quelques mois après dans la salle de clinique. Même aspect typhique, mêmes accidents généraux, même localisation intestinale, même action, d'abord soulageante, chaque fois modificatrice, puis curative des purgatifs, des désinfectants intestinaux et des sels solubles de quinine, même convalescence, longue, pénible et difficile. Les constatations thermométriques, faites au moins deux fois chaque jour par mon chef de clinique, M. Barnsby, avec un soin sérieux, exact et intelligent.

Un des exemples les plus frappants que j'ai observés il y a bien des années, en 1862, a trait à un homme d'environ 37 ans, près de qui un de mes confrère m'avait fait appeler. Sans les variations si brusques et si considérables de la température, sans cette constipation opiniâtre, sans ces amendements immédiats qu'amenait l'évacuation des matière fécales, sans tous les moyens de diagnostic que j'exposerai dans un instant, nous n'aurions pas hésité à diagnostiquer une fièvre typhoïde des plus graves à forme adynamique. La convalescence fut interminable, la guérison longue à venir, Le malade fut pendant cinq mois hors d'état de reprendre ses occupations.

Je retrouve dans ma mémoire et dans mes notes un bon nombre d'autres exemples d'intensité variable, mais présentant tous ce caractère spécial : apparence à première vue d'une fièvre typhoïde très grave, variations et exagérations extraordinaires et absolument imprévues de la température, accélérations et diminutions correspondantes du pouls. Influence prépondérante, on peut même dire unique de la constipation. Influence manifeste, incontestable et heureuse des évacuations intestinales provoquées, des désinfectants et de l'usage de la quinine. Convalescence pénible, difficile, longue, comme celle qui succède à des intoxications répétées et prolongées.

Qu'est-ce donc qu'une pareille maladie?

La première pensée qui se présente à l'esprit est de la considérer comme une dothiénentérie, avec adynamie très précoce. C'est, en effet, le jugement que je portais la première fois que je l'ai rencontrée, et il n'a fallu rien moins que l'observation attentive et répétée de la marche de la maladie pour m empêcher de persévérer dans cette erreur.

Sans attacher une importance aussi capitale qu'on l'a fait naguère, et que beaucoup le font encore, à la marche de la température dans le premier septenaire de la fièvre typhoïde, on peut dire cependant que d'une manière générale la courbe thermométrique typhique est au début assez régulière. Il est très rare qu'une fièvre typhoïde s'annonce par une température qui dépasse 39° le soir, 38°5 le matin, puis élévation vespérale, graduellement croissante chaque jour, avec rémission matinale correspondante. Voilà la règle, non pas absolue, mais habituelle. Le pouls suit les mêmes variations. A la période initiale, ni la chaleur ni le pouls ne présentent les élévations excessives que l'on peut rencontrer plus tard.

Ici, au contraire, que voyons nous? Un début de maladie avec 41° 8 le soir et 37° 9 le matin, des soubresauts thermiques qui dépassent toute prévision, des variations qui ont atteint en 36 heures le chiffre invraisemblable de 4° 8. Je ne connais, pour ma part, aucun exemple d'un trouble pareil au début d'aucune fièvre typhoïde, même dans les nombreuses épidémies que j'ai observées, et sachant combien le seul fait de l'épidémicité peut changer la physionomie et la marche d'une maladie. Parallèlement à la température, le pouls présente des variations qui, sans être aussi excessives, n'en sont pourtant pas moins désordonnées.

Voilà un premier caractère distinctif, et il est capital.

En général, dans la fièvre typhoïde il se produit à la fin du premier septenaire une accalmie relative, ce que Bretonneau appelait les bons jours, qui se traduit par une diminution de la fièvre, chaleur et pouls, une abondance un peu plus grande des produits urinaires de la désassimilation, une détente plus ou moins accusée

Digitized by Google

des symptômes. Puis, après un nombre de jours variable, quatre, cinq et même six jours, la scène morbide recommence, et la maladie suit son cours continu jusqu'à la terminaison heureuse ou fatale. Pour exprimer en un mot ma pensée, il y a dans la fièvre typhoïde, surtout dans les deux premiers septenaires, un ordre de symptômes, une règle. La maladie a ce qu'on appelle des périodes.

Dans la stercorémie, au contraire, qu'avons-nous observé? En 24 heures, sous l'influence d'une abondante évacuation, la température s'abaisse de plus de 3° 8, le pouls se modère, aucun autre phénomène n'apparaît. Le mal semble s'être réduit à un violent orage, puis, tout d'un coup, après quelques heures ou quelques jours, les phénomènes graves se reproduisent, et il en est ainsi pendant non seulement des jours, mais bien des semaines. Si nous suivons la feuille de température pendant tout le cours de la maladie, à chaque instant nous rencontrons ces élévations brusques très inattendues, ces différences de 3° et même de 3° 9 en 12 heures. A un moment quelconque de la maladie, il suffit que la constipation reparaisse pour que ces variations éclatent et, d'ailleurs, disparaissent aussi brusquement avec elle.

C'est là un second caractère d'une valeur indéniable.

Les dothiénentéries avec persistance de constipation opiniâtre, même après le 14e jour, c'est-à-dire au moment de l'élimination du bourbillon des plaques de Peyer; puis pendant la période d'ulcération de ces plaques, c'est-à dire pendant toute la durée d'évolution du travail ulcératif et de cicatrisation, est un fait singulièrement rare. On peut l'observer au début des fièvres typhoïdes, surtout quand le furoncle des plaques de Peyer aboutit à résolution et, dans ce cas, le plus souvent la maladie s'amende, la convalescence commence dès le 14e ou le 15e jour, ce sont les fièvres typhoïdes avortées. Mais dans les fièvres typhoïdes graves à réaction fébrile sévère, dans celles où le travail ulcératif toujours assez long se produit, la constipation persistante, opiniâtre, rebelle ne se rencontre vraiment pas, et on comprend facilement qu'il n'en peut pas être autrement. En outre, et le phénomène a été pour la première fois signalé par Bretonneau, à partir du 14e jour, la diarrhée dothiénentérique prend une couleur jaune, safranée, caractéristique, qui est un des signes les plus certains de la date de la maladie, si certain qu'on peut afffrmer que dans toute dothiénentérie, l'apparition de la diarrhée jaune safranée indique que la maladie a dépassé le 14e jour.

Qu'observons-nous, au contraire, dans la stercorémie aiguë? La constipation persiste quand même pendant des semaines, beaucoup de semaines; elle persiste avec une telle ténacité que, brusquement interrompue par des moyens purgatifs, elle se reproduit aussitôt, et domine la scène. La diarrhée provoquée n'a, à aucune époque, aucun caractère spécial autre que la présence des bouchons stercoraux durs, plus ou moins nombreux, au milieu des matières liquides que fait expulser toute purgation.

Poursuivons l'étude comparative.

Il est rare qu'une dothiénentérie à forme grave ne s'accompagne pas de quelques troubles du côté de l'appareil respiratoire ; soit sous forme de bronchite, soit de congestion pulmonaire, ou même de pneumonie à forme infectieuse, qui est si souvent la cause la plus prochaine de la terminaison fatale. D'autres fois, les accidents qu'on appelle bien à tort des complications, puisqu'ils tiennent à la nature même de la maladie, et qu'ils en sont partie constituante, se manifestent du côté des organes abdominaux, sous forme d'hémorragies ayant pour point de départ le plus habituel une ulcération des plaques de Peyer, ou sous forme de diarrhée incoërcible, ou sous forme de distension gazeuse considérable de l'intestin qui, par le refoulement du diaphragme, devient un obstacle à la respiration et une cause assez fréquente de mort par asphyxie. Souvent le rate elle-même devient le siège d'un gonflement très appréciable. Je ne parle ni de la douleur ni du gargouillement de la fosse iliaque, ni des taches lenticulaires qui manquent si fréquemment, ni de tant d'autres signes d'une valeur très discutable.

Rien de tout cet ensemble de phénomènes ne se rencontre dans la stercorémie aiguë. Le point de départ du mal est dans l'intestin, et pourtant l'intestin ne subit dans sa texture aucune altération sérieuse, ni gonflement, ni violente inflammation, ni ulcération. A l'exception de la douleur souvent peu intense d'ailleurs, on ne peut rien constater extérieurement qui soit en rapport avec la gravité des symptômes généraux.

Un dernier caractère enfin doit être signalé.

Dans la dothiénentérie grave, et surtout adynamique, les troubles trophiques de la peau se rencontrent souvent, sous forme d'escharres au sacrum, d'érythèmes, ou même de pseudo-érysipèles de mauvaise nature, d'ulcérations sur tous les points où la peau mince repose et supporte un poids. C'est là une des plus fâcheuses et des plus redoutables complications de la fièvre typhoïde à forme adynamique.

Je n'ai rien constaté de pareil dans la fièvre stercorémique. Chez aucun des malades, je n'ai rencontré les escharres de la région sacrée, ni les ulcérations des coudes, des malléoles, des régions trochantériennes; dans aucun cas les dispositions à la gangrène qu'on observe dans la forme grave de la fièvre typhoïde.

Voilà donc deux maladies qui diffèrent essentiellement — par leur mode d'invasion — par leur marche — surtout par les modifications de la température et des troubles circulatoires — par la présence ou l'absence de périodes déterminées — par les phénomènes abdominaux (diarrhée ou constipation) — par la présence ou l'absence de complications thoraciques ou abdominales — par la présence ou l'absence de troubles trophiques de la peau.

Il semble que dans ces conditions une incertitude de diagnostic soit difficile, et pourtant l'expression générale est si trompeuse que même averti par l'observation de faits semblables, on hésite encore quelquefois. J'ai vu un cas dans lequel le diagnostic de dothiénentérie avait été porté et maintenu après discussion des plus sérieuses, et à l'autopsie l'intégrité absolue des plaques de Peyer, dont la lésion est le caractère essentiel de toute dothié-

Digitized by Google

nentérie, démontra qu'il s'agissait d'une fièvre stercorémique.

Une autre maladie qu'on peut confondre avec la stercorémie aiguë, surtout dans les pays où la fièvre intermittente se rencontre fréquemment, est la fièvre pernicieuse, fièvre dont le caractère essentiel est d'être rémittente, à accès subintrants, accompagnés de phénomènes qui mettent la vie dans un danger imminent, quel que soit l'appareil organique sur lequel portent les déterminations brusques et si rapidement graves.

Il faut reconnaître qu'au premier examen et surtout en l'absence de renseignements précis, la confusion est facile, même pour des praticiens qui exercent dans des localités où la maladie se traduit souvent sous des formes si graves. C'est même l'incertitude du diagnostic immédiat qui m'a conduit à prescrire, au début de la fièvre stercorémique, immédiatement les préparations les plus solubles de quinine, et à les prescrire à haute dose, sauf à les introduire par le rectum, et mieux encore, en injections sous-cutanées répétées si l'administration par la bouche n'est pas possible. Mais dans un court délai la distinction des deux maladies devient généralement facile.

Dans la fièvre pernicieuse, quelle que soit sa forme, et on sait qu'elle peut varier à l'infini, dysentérique, vésicale, pulmonaire, hémorrhagique, apoplectique, comateuse, et même tétanique, aussitôt que la préparation quinique a été administrée et tolérée, qu'elle peut être répétée à intervalles rapprochés, le médecin est maître du mal, à la condition de ne pas laisser un nouvel accès se reproduire, et pour cela de le prévenir par l'administration de doses suffisantes et suffisamment répétées de sel quinique ; les accès pernicieux sont enrayés, bien enrayés. Toute la question est de persévérer longtemps dans l'usage de la quinine, en éloignant successivement les doses, en les éloignant sans diminuer chacune d'elles, administrée en une seule fois, d'un seul coup. S'il y a en médecine une médication certaine, assurément c'est bien celle-là. D'ailleurs, une fois le mal maîtrisé, l'apyrexie est complète.

Rien de pareil dans la stercorémie aiguë. Ici la quinine est prescrite à titre antiseptique, et elle est en effet l'antiseptique par excellence. Elle n'est pas un spécifique comme dans la fièvre intermittente, voilà pourquoi elle ne jugule pas la maladie. Elle aide puissamment à la supporter. Elle n'empêche pas les accès de revenir aussitôt que la cause du mal, c'est-à-dire l'absorption des matières putrides de l'intestin, persiste par le séjour prolongé et la putrescence de ces matières. L'insuccès du remède spécifique démontre la nature du mal.

Il y a donc là, dans la marche de la maladie et dans le mode d'action de la quinine, les éléments d'un diagnostic qui peut de prime abord être douteux, mais qui rapidement devient certain. Je ne parle pas de l'intumescence de la rate, si fréquente dans les fièvres palustres, et qui semble, ainsi que l'a fait voir Piorry, augmenter pendant l'accès pour diminuer quand l'accès se termine, et même, si son expérience était bien fondée, pour diminuer visiblement pendant l'heure qui suit l'absorption de la quinine. Cette intumescence, quand elle n'est pas grande, est difficile à constater, et ses variations immédiates sous l'influence de la quinine sont encore moins faciles à reconnaître Le mal peut se juger par d'autres moyens que par les petites expériences fantaisistes, praticables peut-être dans un service d'hôpital.

Il serait certainement intéressant de faire des recherches sur l'état du sang dans la fièvre stercorémique au moyen d'une analyse chimique. Trouverait-on quelque principe putride particulier spécial, la séroline de Boudet (1833), le stercorine de Flinz (1868)? Miquel, Stich, Chalvet et Humbert dans sa thèse inaugurale (1873), se sont occupés de ce problème, mais tous l'ont fait au point de vue clinique. J'ai dû aborder la question de la même manière, n'ayant pour faire les recherches cliniques si délicates d'analyse du sang les connaissances suffisantes, ni les laboratoires nécessaires. C'est un travail qui n'est possible qu'à un petit nombre d'hommes spéciaux, j'appelle leur attention.

Ce qui est absolument certain, c'est que la simple rétention des matières fécales ne suffit pas à produire stercorémie. Il faut qu'elles subissent un travail de décomposition putride, et que cette putrescence crée des produits dont la résorption est toxique, toxique à sa manière particulière, comme pour tous les autres poisons d'origine végétale ou animale introduits ou formés dans l'économie. J'ai vu dans une longue pratique des cas extrêmement curieux d'innocuité et de simple rétention des matières fécales, sans décomposition putride. Un très grand nombre de femmes, beaucoup d'hommes sont sujets à des constipations de sept, huit, dix jours et au-delà, sans que leur santé éprouve la moindre atteinte. Un fait des plus extraordinaires est le suivant :

M. M..., parent d'un des grands financiers de la Restauration, fut chargé d'aller terminer en Espagne des règlements de compte litigieux. Le transport était bien difficile à cette époque : pas de chemins de fer; en France, des diligences à marche assez lente; en Espagne, des transports souvent à dos de mulet : M. M... était ordinairement tellement constipé qu'il n'obtenait d'évacuation que tous les quinze ou dix-huit jours dans l'état ordinaire. Il en avait eu une la veille de son départ. Pendant cinquante-quatre jours, je dis bien cinquante-quatre jours, que dura son voyage, et un voyage en Espagne où tout, même et surtout la nourriture laissait à désirer, M. M... n'eut pas une seule fois besoin d'évacuer, et il revint à Tours absolument comme il était parti. Cette disposition, objet de tant de terreur pour beaucoup de malades et même de médecins, l'a conduit à près de quatre-vingt ans, et encore fallut-il qu'une broncho-pneumonie vînt mettre fin à son existence.

De pareils faits doivent être extrêmement rares, mais ce qui ne l'est pas, c'est de voir des rétentions de matières fécales se prolonger au delà de dix à quinze jours sans causer aucun trouble de la santé.

Il serait bien important de savoir quelles sont les causes qui favorisent ou même déterminent la décomposition putride, spéciale, condition essentielle de la stercorémie. On comprend tout ce qu'y gagnerait la médecine préventive. C'est encore là une question dans laquelle la

Digitized by Google

chimie a aussi à intervenir. Je me propose de demander à l'étude clinique ce qu'elle peut faire connaître sur ce point particulier.

Je résume en quelques lignes cette longue leçon clinique :

1° Il existe une maladie aiguë, fébrile, spéciale, la stercorémie, due à la résorption des matières fécales putrides, la fièvre stercorémique.

2° Cette maladie s'accompagne des symptômes les plus sérieux d'intoxication.

3° Elle a tout d'abord l'aspect d'une dothienentérie des plus graves, à forme généralement adynamique, ou d'une fièvre intermittente pernicieuse qui met la vie dans un danger pressant.

4° Il existe des signes qui permettent d'établir le diagnostic différentiel.

5° Malgré l'inquiétante intensité et la gravité des symptômes, et la longue durée du mal je n'ai jusqu'à présent constaté qu'un seul cas de terminaison fatale.

6° La médication consiste dans l'usage des purgatifs qui déblaient l'intestin, des désinfectants et des préparations de quinine à dose élevée.

Quand j'aurai pu également compléter mes recherches sur l'anémie pernicieuse, j'indiquerai les rapports que j'ai constatés dans certains cas entre cette anémie et la stercorémie aiguë.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Injections d'huile camphrée dans la phtisie

par MM. Henri Huchard, *médecin de l'hôpital Bichat* et R. Faure Miller, *interne des hôpitaux*

Depuis le milieu de l'année 1891, nous pratiquons dans notre service de l'hôpital Bichat, des injections hypodermiques d'huile camphrée dans le traitement des affections cardiaques, des maladies adynamiques, des affections pulmonaires aiguës et chroniques, et principalement dans la phtisie pulmonaire. Ce sont les résultats que nous avons obtenus dans le traitement de cette dernière maladie que nous venons consigner ici.

Nous avons d'abord employé la formule suivante :

Huile d'olives pure stérilisée....	100 grammes
Camphre	10 —

Constatant que la dose injectée chaque fois (0 gr. 10 de camphre) était parfaitement supportée, nous avons élevé la proportion de camphre à 25 0/0, soit 0 gr. 25 par injection, et nous avons adopté cette formule en dernier lieu :

Huile d'olives stérilisée.....	100 grammes.
Camphre.....	25 —

Injecter tous les deux jours une ou deux fois par jour, ou même tous les jours deux fois le contenu d'une seringue de Pravaz (Avoir soin d'injecter *profondément* dans l'hypoderme).

Plus tard, nous avons voulu y adjoindre 2 0/0 de gaïacol et 1 0/0 d'iodoforme. Mais, en raison de la douleur relative que ces dernières substances provoquaient et de leur action hypothétique, nous en sommes revenus simplement aux injections camphrées.

Le nombre de malades ainsi traités est actuellement de vingt-sept. Les résultats généraux sont les suivants :

L'injection ne laisse *aucune douleur* après elle ; nous n'avons noté que deux ou trois fois une sensation légère et peu durable *d'engourdissement*. Nous avons dit déjà que l'adjonction de gaïacol et d'iodoforme provoquait de la douleur. Dans aucun cas on n'a observé ni escharres ni abcès.

Les effets de l'huile camphrée sont quelquefois *presque immédiats, le plus souvent tardifs*.

Dans un cas, le soulagement a été immédiat, mais ne s'est guère prolongé plus de deux heures après la piqûre ; dans d'autres, il s'est maintenu la plus grande partie de la journée ; pour ces malades, on a prescrit une nouvelle injection le soir ; une seule a suffi, dans les vingt-quatre heures, aux autres malades.

Le premier effet net consiste en une sensation de *vague* que les malades comparent à une ivresse très légère. Cette sensation passe vite et fait place à de la somnolence. Chez presque tous les malades, la nuit qui a suivi la première injection a été caractérisée par « un sommeil de plomb ». Les nuits d'après ont été bonnes, avec *six à huit heures de sommeil*, alors que l'insomnie était de règle auparavant. L'insomnie revenait souvent quand on cessait les piqûres.

Le second résultat a été la *suppression des sueurs* dans les trois quarts des cas ; suppression absolue chez des malades qui mouillaient jusqu'à trois chemises par nuit. Un malade, cependant, a déclaré avoir transpiré davantage après la piqûre.

Le *retour de l'appétit* s'est manifesté dans la moitié des cas, ainsi qu'une meilleure digestion. Jamais nous n'avons constaté de troubles digestifs consécutifs à l'injection.

Le *rétablissement de l'état général* s'est fait rapidement sentir chez six de nos malades, et surtout chez l'un d'eux que son état de faiblesse extrême faisait garder depuis plusieurs mois dans le service ; il ne sortait guère plus de son lit : cavernes aux deux sommets, amaigrissement considérable, sueurs très abondantes, perte absolue de l'appétit, affaiblissement extrême, insomnie persistante. Ce malade mange actuellement de bon appétit, n'a plus du tout de transpirations, se lève ; les forces lui reviennent, il dort bien. Il en a été de même, mais à un degré moins accusé, pour les autres malades. Du reste, cette action remarquable sur l'état général a été signalée déjà, puisque ces injections d'huile camphrée ont été utilisées contre tous les états d'adynamie et de collapsus.

Dans dix ou douze cas, il y a eu *abaissement de la température*, mais cet effet est assez irrégulier et ne se produit pas toujours après l'injection chez le malade où, la veille, on l'avait observé.

Du côté de *l'expectoration*, rien de bien net, non plus que du côté des *signes d'auscultation*. Ce sont là, d'ailleurs, des points qui ne peuvent avoir de valeur qu'après plusieurs mois d'observation.

L'augmentation du poids s'est produite dans huit cas ; elle a varié entre un et deux kilogrammes pour cinq semaines environ.

Digitized by Google

La tolérance est parfaite pendant plusieurs jours, avec une injection quotidienne de 0,10 cent.; elle se maintient même pendant trois ou quatre jours avec deux injections par jour de 0,25 cent. A cette dose, il se manifeste vers le quatrième jour un goût de camphre dans la bouche, ainsi que des éructations gazeuses camphrées. Deux jours de repos suffisent pour faire disparaître ces symptômes.

Le maintien de tous les effets que nous venons de rapporter *n'est pas constant* pendant la période de repos. Signalons cependant deux de nos malades qui, partis très améliorés du service pour la maison de convalescence de Vincennes, sont revenus ensuite donner de leurs nouvelles; tous les bons effets avaient persisté. On leur a fait une nouvelle piqûre de 0,25 de camphre, en leur recommandant de se soumettre hebdomadairement à cette pratique.

Disons, enfin, que trois de nos malades sont morts après être restés de six à douze jours dans le service. C'étaient des malades arrivés aux dernières périodes de la phthisie pulmonaire et auxquels nous avions voulu simplement apporter un peu de soulagement.

Tels sont les cas observés par nous. Sans doute, il ne s'agit pas ici de méthode thérapeutique destinée à détruire le bacille ou à l'emprisonner plus ou moins complètement. Notre médication a des vues plus modestes : elle s'adresse à l'état général qu'elle relève puissamment, à certains troubles fonctionnels qu'elle fait disparaître.

Lorsque nous avons commencé ces recherches, nous n'avions pas connaissance de recherches semblables faites par Bruno Alexander (*Annales et Bulletins de la Soc. de Méd. de Gand*, 1891). Cet auteur est arrivé, du reste, aux mêmes conclusions : tolérance parfaite des malades pour ces injections; action antipyrétique de ces dernières; disparition des transpirations nocturnes; diminution de la toux; élimination plus facile des crachats et surtout relèvement de l'état général.

On conçoit, dès lors, tout le bien que l'on peut espérer de ces injections; elles peuvent remplacer avantageusement les injections de morphine, dont elles n'ont pas les inconvénients; elle peuvent ainsi combattre la tendance à la morphinomanie, et dans la tuberculose pulmonaire, si elles ne s'attaquent pas directement au bacille, ce qu'aucune médication n'a pu faire jusqu'ici, elles modifient très avantageusement le terrain tuberculeux.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE

Des arthrites subaiguës des accouchées, par M. Hirst. — Cette arthrite peut se montrer aussi bien après l'accouchement que durant la grossesse. Quelle est sa nature? (*University Med. Mag.*, juin 1891, p. 513).

On a dit : c'est une arthrite blennorrhagique (Bumm). D'autres la condèrent comme une manifestation puerpérale. Il y a en effet des cas où la blennorrhagie et le gonococque font défaut. M. Hirst adopterait volontiers l'une et l'autre opinion, en remarquant toutefois que si l'infection est d'origine puerpérale elle prend pour ainsi dire une forme larvée. N. D.

Rétrécissement uréthral chez la femme, par M. Filsenreich. — Le rétrécissement uréthral de cause blennorrhagique semble avoir l'homme comme prédilection; la femme peut cependant ne pas y échapper. En voici la preuve (*Wien. Med. Woch.*, n° 19, 1891).

Il s'agissait d'une femme de 35 ans, accouchée normalement trois fois, la dernière il y a sept ans. Infectée il y a trois ans par son mari atteint de blennorrhagie, elle porte aujourd'hui un rétrécissement cicatriciel sur le tiers antérieur de l'urèthre et s'accompagnant de douleurs. On arrive en deux séances de dilatation à passer le n° 8 de la filière Charrière, mais le rétrécissement se reproduit, il est vrai, sans grande souffrance pour la malade.

Comme opération radicale, on pourrait proposer la dissection du rétrécissement et la suture de la muqueuse de l'uréthre à celle du vagin ou bien l'opération à lambeaux. H. G.

MÉDECINE

Etiologie de l'angine folliculaire, par M. J. Stenittnez. — Les recherches de l'auteur ont porté sur quatre cas d'angine folliculaire typique et un cas d'angine phlegmoneuse. Le pus contenait un streptocoque dont il n'a pas été possible d'établir la distinction bactériologique avec le streptocoque pyogène et celui de l'érysipèle. (*Muncch Med. Woch.* 1891, n° 26).

Quelques inoculations pratiquées avec la culture de ce microbe justifient les essais de Hartmann et Rosenbreth; mais ne démontrent pas que le streptocoque pyogène est l'agent spécifique de l'angine folliculaire. Ce sont donc là des faits d'observation à retenir, sans en tirer, à l'heure actuelle, des conclusions trop générales. N. D.

L'élimination des microbes par la sueur et par le lait, par MM. Eiselsberg et Ernst. — Comme beaucoup d'autres sécrétions ou excrétions, la sueur servirait à éliminer les microbes, le fait tend à se confirmer. Voici, à ce sujet, une nouvelle communication de l'auteur (1). (*Wien. Med. Blatter*, 12 juin 1891).

Il s'agissait d'un homme de 31 ans atteint de nécrose de la partie supérieure de la cuisse consécutive à une ostéomyélite avec poussée de suppuration articulaire qui nécessita l'amputation. A la suite de l'opération apparurent des manifestations pyohémiques, arthrites suppurée de l'épaule, du cou de pied, abcès du poumon et du périnée.

Le pus cultivé donna des colonies de staphylocoque pyogène doré; le sang contenait les mêmes micro-organismes, il en était de même de la sueur recueillie avec toutes les précautions possibles.

L'auteur rappelle à ce propos les faits d'Escherich et de Langard dans lesquels le lait du sein normal contenait les mêmes microbes que celui du sein atteint de suppuration et en rapporte deux exemples nouveaux.

Dans un des numéros suivants (2 juillet) du même journal, M. Ernst, insiste sur l'intérêt que présente cette élimination bactérienne et la range à côté de la phagocytose de Metschnikoff. H. G.

Pathogénie de l'incontinence nocturne d'urine, par M. Korner. — L'incontinence nocturne d'urine a donné lieu à bien des théories et à bien des méthodes thérapeutiques. Il semble que la pathogénie de cette affection ne soit pas univoque et que des causes diverses soient capables de la provoquer. Parmi celles-ci, une des moins fréquentes est sans contredit la respiration la bouche ouverte, provoquée en général par la présence de végétations adénoïdes qui obstruent les arrière-fosses nasales.

Déjà en 1884 Major avait soulevé la question, reprise par

(1) Voir *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 8 juillet 1891, n° 28, p. 434.

Digitized by Google

Ziew et Bloch; le Dr Otto Kœrner a relaté deux cas où cette origine était des plus nettes (*Centralblatt für Klinische Medizin*, 1891, n° 23).

L'un a trait à une jeune fille de 19 ans qui, depuis l'enfance, à la suite d'un coryza, était obligée de respirer par la bouche; depuis cette époque, elle mouillait son lit la nuit. On constatait chez elle l'hypertrophie de l'amygdale de Luschka. L'ablation faite, l'incontinence nocturne d'urine cessa. Il y eut une petite récidive momentanée par suite d'un coryza qui la contraignit à respirer à nouveau la bouche ouverte.

Le second cas est celui d'une petite fille de trois ans, atteinte aussi de végétations adénoïdes la faisant respirer par la bouche. Chez cette enfant, l'ablation des tumeurs amène la guérison qui ne se dément que dans des circonstances, toujours identiques, lorsqu'un corps empêche l'enfant de respirer par le nez.

Ces quelques observations ne démontrent pas, quelque théorie qu'on admette, que les végétations adénoïdes, à elles seules puissent provoquer l'incontinence nocturne d'urine, mais qu'elles peuvent compter comme cause adjuvante. En face d'un enfant ou d'un adolescent urinant involontairement au lit pendant le sommeil, il sera toujours bon de faire l'examen du pharynx et de l'arrière-cavité des fosses nasales pour s'assurer si l'air passe librement dans les voies supérieures. Dans le cas où l'on constaterait la présence de végétations adénoïdes, on commencerait par détruire ou enlever celles-ci; ce traitement pourra, comme on l'a vu, suffire pour amener la guérison.

H. G

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la pleurésie par la méthode sudorifique, par M. Moritz. — Cette méthode ne s'applique pas au début de la maladie, mais au moment où la résorption tend à se faire naturellement. Parmi les procédés, M. Moritz indique le suivant: Donner, après le principal repas, 1 gr. 50 à 2 gr. d'antipyrine et appliquer, sur les trois quarts de la circonférence du thorax, une compresse très chaude; le reste est entouré de flanelle. La sueur coule abondamment; on peut alors enlever la compresse. On diminue ensuite la dose de médicament. On renouvelle, en effet, le soir, l'antipyrine, accompagnée d'une boisson chaude, de punch préférablement. On change de linge et le malade repose bien la nuit; le lendemain il est bien un peu las, mais sa température est tombée et il a de l'appétit (*Pétersb. Med. Woch*, 1891, n° 4).

On pourra remplacer l'antipyrine par l'antifébrine, la phénacétine, le salicylate de soude, mais nullement par la pilocarpine, à cause de l'action déprimante sur le cœur. On continue le même procédé, au besoin, pendant plusieurs semaines. Le régime lacté est un bon adjuvant. La péricardite n'entraine pas une contre-indication absolue.

H. G.

Traitement abortif de la variole par la vaccine, par M. de Paola. — Il ne s'agit pas ici de la préservation que confère la vaccine, mais de l'action que peut avoir l'inoculation vaccinale chez le sujet en puissance de variole.

M. Gustavo de Paola confirme les résultats déjà obtenus par Luigi Somma et communiqués à la séance du 30 septembre 1879 de l'Association nationale des Médecins communaux (*Arch. ital. de pediatria*, juillet 1891).

Contrairement à nombre d'auteurs, qui soutiennent que passé la période d'incubation, la vaccine n'a aucune influence sur la variole, le médecin italien démontre que le début de la période d'éruption représente le moment le plus favorable pour pratiquer l'inoculation vaccinale.

Cette méthode n'arrête pas le cours de la variole, mais empêche la période de suppuration.

H. G.

Un traitement de la toux convulsive, par M. Schund. — Il consiste dans la pulvérisation de la solution suivante :

Acide phénique.....	0,30 centigr.
Solution de menthol à 4 pour 100..	20 grammes
Solution de cocaïne à 3 pour 100..	15 grammes
Glycérine.....	5 grammes
Eau de laurier cerise.....	60 grammes

On pratique les pulvérisations toutes les trois heures (*Med. Record*, 13 juillet 1891).

Il est nécessaire d'introduire profondément dans la cavité buccale l'instrument pour obtenir un effet thérapeutique suffisant.

N. D.

La solanine dans le traitement de la douleur sciatique, par M. Ch. Limousin. — Notre collaborateur rappelle que Geneuil (1886) affirme avoir triomphé de la sciatique en deux ou trois jours par la solanine, principe actif des baies de la morelle et de la douce-amère, ainsi que des germes frais de la pomme de terre, soit en pilules, soit en injections sous-cutanées de chlorhydrate ou en applications sur le derme dénudé : il rappelle aussi que Grasset et Sarda ont déclaré la solanine bien supérieure à l'acétanilide et à l'antipyrine dans le traitement des sciatiques anciennes et rebelles, surtout dans les cas de névrite. C'est ce qui lui donna l'idée d'essayer la solanine chez une femme dont la sciatique-névrite récidivante, datant de plus d'un mois, avait résisté à tous les traitements. (*Bull. méd. des Vosges*, juillet 1891, p. 37).

Un gramme de solanine fut divisé en dix paquets : la malade devait prendre trois paquets par jour à 0 gr. 10 chaque. La patiente se plaignit de l'amertume excessive de ce médicament qui brûlait la gorge, de nausées continuelles, de légers vertiges sans céphalalgie, de palpitations insignifiantes; — elle était affaisée, — ses urines devinrent rouges et la constipation s'établit, mais la douleur ne fut pas amendée. Les malaises engendrés par le remède disparurent le lendemain de la dernière dose; quant à la sciatique, elle ne commença à être moins pénible que quatre jours après qu'on eut cessé la solanine. On aimerait à trouver plus efficace un produit qui coûte un prix aussi élevé.

OBSTÉTRIQUE D'URGENCE

De la bosse séro-sanguine comme cause d'erreur dans la présentation du sommet

L'accoucheur est appelé auprès d'une femme en travail depuis longtemps. Il trouve le col complètement dilaté, et il observe ou apprend que les contractions utérines sont devenues inefficaces, ou que l'enfant perd du méconium; bref, il est dans la nécessité d'intervenir. Il touche et reconnaît sur la présentation une bosse séro-sanguine plus ou moins volumineuse. Son exploration en est gênée, son diagnostic hésitant, et son intervention peut en devenir hasardeuse.

Avec quoi d'abord est-il possible de confondre une bosse séro-sanguine? Sans parler des cas exceptionnels où des fibrômes, des tumeurs para-utérines, l'hydrocéphalie ont pu être prises pour une bosse séro-sanguine à un examen superficiel, il faut insister un peu sur le diagnostic à faire avec la poche des eaux. On cite, en effet, le cas où on a introduit un bistouri dans les voies génitales pour aller perforer une soi-disant poche d'eaux résistante, qui n'était autre qu'une bosse sanguine.

Mais celle-ci est mollasse, dépressible, bien que légèrement pâteuse; elle se ride pendant la contraction utérine; elle se continue par sa périphérie avec une

Digitized by Google

autre région fœtale reconnaissable par le toucher; tandis que les membranes de l'œuf sont lisses, unies; tendues pendant la contraction, elles deviennent comme flottantes après elle; séparées de la partie fœtale par une couche de liquide parfois mince et parfois abondante, elles peuvent être reculées jusqu'au contact de la présentation par le refoulement progressif et modéré de ce liquide.

En général, la bosse séro-sanguine ne se forme qu'après la rupture des membranes, mais il faut savoir que cette règle comporte des exceptions (Schrœder, Budin, Martellière, Bar, etc.). Aussi ne faut-il pas toujours conclure de l'existence de cette bosse sanguine à l'ouverture de l'œuf. On a dit aussi que, véritable ecchymose, elle ne se produisait que sur le fœtus vivant. Le contraire a été démontré. (Voir : Thèse de Piot, 1889.)

La présentation est parfois rendue difficile à reconnaître par l'infiltration qui la recouvre. Si c'est le sommet, il est surmonté d'une masse molle qui fait croire soit à une face, soit à un siège. La règle est de toucher largement, profondément, et de chercher les sutures et les fontanelles, bien que cette exploration ne soit pas toujours des plus aisées. Au besoin, avant d'intervenir, il faudrait pratiquer le toucher avec deux doigts, et même avec la main tout entière introduite dans le vagin. Car, pour qu'une intervention soit utile et inoffensive, il faut avant tout que le diagnostic soit exact et précis. Indépendamment des sutures, on rencontrera, sur la surface même de la bosse séro sanguine, des cheveux, plus faciles à sentir qu'on ne pourrait le croire, et l'on sera fixé au moins sur la présentation.

Mais, à présent, quelle est la position? L'occiput est-il en avant ou en arrière? Question indispensable à résoudre et laissée trop souvent sans réponse.

La recherche des sutures et des fontanelles doit encore être faite, mais elle sera souvent vaine. La direction des cheveux pourra servir de renseignement, la base d'implantation se trouvant dirigée vers l'occiput, la pointe du côté opposé. Mais le meilleur moyen, sans comparaison, c'est la recherche de l'oreille, qui est située vers la moitié postérieure du bassin. Le bord convexe, aisément reconnu, montrera la situation exacte de l'occiput.

Un autre point bien important est encore à considérer. A quelle distance de la vulve se trouve le sommet recouvert d'une bosse séro-sanguine? Lorsque celle-ci est volumineuse, elle peut acquérir les dimensions d'une tête de fœtus à terme et descendre très bas, alors que la voûte du crâne est encore au détroit supérieur. Une erreur commise dans ce sens est regrettable, car une application de forceps faite trop superficiellement est suivie d'un dérapement presque inévitable. C'est encore par le toucher profond, manuel au besoin, que l'on se rendra exactement compte de l'élévation réelle de la tête.

Enfin, supposons que la présentation, la position, l'élévation de la partie fœtale soient dûment établies. Il faut appliquer le forceps; les cuillers sont mises en place correctement, et il s'agit d'une position oblique, postérieure, la rotation artificielle doit être faite avec l'instrument. Mais dans quel sens? Faut-il laisser l'occiput en arrière sur le sacrum? Mais nous savons que, bien souvent, le dégagement dans cette attitude est pénible et dangereux pour le périnée, sans compter l'influence fâcheuse qu'exerceront de fortes tractions sur la vie de l'enfant? Faut-il, et c'est la règle, ramener l'occiput derrière la symphise pubienne? C'est, en effet, cette dernière manœuvre qu'il faut *toujours* tenter; elle réussit dans l'immense majorité des cas. Mais à toute règle il y a des exceptions, et quelquefois, lorsque la tête est restée longtemps en position postérieure dans l'excavation, la bosse sanguine se forme sur le front; elle devient vite très volumineuse. Si l'enfant est brachycéphale, (ce qu'on ne peut pas savoir avant sa naissance), la tête prendra une forme en pain de sucre, comme si elle s'était placée en occipito-pubienne, mais le sommet du pain de sucre, au lieu de répondre à l'occiput, sera constitué par la région frontale infiltrée. L'accommodation sera faite néanmoins de telle sorte que, si l'on veut faire tourner l'occiput en avant, on éprouvera de sérieuses difficultés. Au contraire, le dégagement en occipito-sacrée se fera sans grande peine. Hâtons-nous de répéter que ces faits sont exceptionnels et qu'il vaut toujours mieux ramener l'occiput en avant pour dégager en occipito-pubienne.

Dr Demelin

FORMULAIRE DU PRATICIEN

MÉDECINE

I. **Pilules purgatives composées.** — Parmi les innombrables préparation laxatives, en voici deux empruntées à la pratique de M. Peter :

Scammonée	àà 0 gr. 05
Jalap	
Calomel	
Savon amygdalin	

Pour une pilule. Deux semblables dans la journée.

Ou bien :

Aloès	àà 0 gr. 05
Jalap	
Scammonée	
Gomme gutte	
Calomel	

Pour une pilule. Deux à quatre par jour.

II. **Élixir de cascara sagrada.** — M. Dujardin-Beaumetz a eu l'idée de ce mode d'administration pour cette substance. On peut donc la prescrire ainsi :

Extrait fluide de cascara	àà 90 grammes
Glycérine	
Essence d'orange	VI gouttes
— de cannelle	II —
Alcool à 90°	200 grammes
Sirop de sucre	400 —
Eau	q. s.

F. s. a. pour un litre.

Dose : une verrée à liqueur après les repas contre la constipation habituelle.

III. **Pilules toni-ferrugineuses.** — Elles consistent dans l'association du quinquina au tartrate ferricopotassique. Elles s'administrent à raison de trois avant

Digitized by Google

les deux principaux repas de chaque jour, aux malades auxquels le fer est indiqué :

Extrait de quinquina	15 grammes
Tartrate ferrico-potassique	5 —
Glycérine	X gouttes
Quinquina jaune pulvérisé	q. s.

L'addition de glycérine est indispensable pour prévenir la dessication rapide de ces pilules.

MALADIES VÉNÉRIENNES

IV. **Traitement de la syphilis par les injections de benzoate de mercure.** — C'est Stoukonenkoff qui a le premier recommandé ce sel mercuriel contre la syphilis en raison de sa solubilité dans l'eau salée et de sa tolérance par les tissus.

Choix d'une préparation. — On adoptera la formule du syphiligraphe russe :

Benzoate de mercure	0 gr. 30
Chlorure de sodium	0 gr. 10
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 15
Eau distillée	40 grammes

Cette solution doit être préparée récemment; elle s'altère par la formation d'un dépôt et finit par ne plus contenir de mercure.

Un centimètre cube de la solution récente contient environ un centigramme de benzoate hydrargyrique.

Lieu d'élection des injections. — On les pratiquera dans les régions abondamment pourvues de tissu cellulaire : dos, cuisses, hypochondres, pli trochantérien des fesses (Cochery). L'absorption est plus rapide chez les personnes maigres que chez les obèses dont la graisse s'oppose à la diffusion du liquide injecté dans les tissus.

Dose à injecter. — Le contenu d'une seringue ou d'une demi-seringue de Pravaz, tous les jours; soit un centigramme ou un demi-centigramme du sel mercuriel. D'ordinaire, dans une syphilis de moyenne intensité, la dose totale et le nombre des injections sont de 30 à 40.

Quand faut-il cesser le traitement? — Au moindre signe de stomatite ou de gingivite. Les troubles gastro-intestinaux ne contre-indiquent pas cette médication qui, bien plus, convient surtout aux individus débilités ou dyspeptiques : à ceux-ci, parce qu'il faut leur éviter toute surcharge médicamenteuse de l'estomac (Cochery); à ceux-là, parce qu'il permet de prescrire simultanément, par la voie buccale, l'ingestion d'autres médicaments toniques, ferrugineux ou spécifiques : quinquina, fer, iodures.

N. D.

REVUE DES LIVRES

Thérapeutique suggestive. *Son mécanisme; propriétés diverses du sommeil provoqué et des états analogues,* par M. le Dr Liébault (Paris 1891. A. Doin.)

Les premiers chapitres forment la théorie de la thérapeutique suggestive : moral cause de maladies, moral cause de guérison, et mécanisme à terme des guérisons par le sommeil. Il y a trois modes principaux du développement des maladies par causes morales : 1° exercice de l'attention sur des idées sans accompagnement d'émotion avec tension volontaire ou involontaire de l'esprit; Ex. : 1° Des personnes présentes à des séances d'hypnotisme éprouvent les mêmes phénomènes sans qu'on les leur ait suggérés; 2° concentration trop vive et involontaire de l'attention sur la même idée; Ex.: on s'exerce à répéter un acte longtemps et on finit par le reproduire involontairement; chorée par imitation; 3° intervention prédominante de l'état émotif : affections dues à l'exercice prolongé de l'attention sur des souvenirs ou dues à une nouvelle brusquement annoncée.

Le mécanisme de la guérison de ces maladies suit la loi du mécanisme de leur production; c'est là qu'intervient le sommeil, et surtout le sommeil provoqué, moyen par lequel l'endormeur a la possibilité de pouvoir offrir des idées à l'attention du malade et de faire ainsi réagir cette attention dans un sens favorable; ces guérisons s'opèrent à deux conditions : la crédulité native du malade et l'impuissance dans laquelle il se trouve en dormant de faire des efforts de volonté et d'intelligence parce qu'il est en idée fixe. L'inertie de l'attention serait le fond commun à la crédulité par faiblesse des idées et à l'incrédulité par ténacité des idées fixes). L'attention a le pouvoir de s'accumuler consciemment sur nos organes ou sur une fonction; c'est en dirigeant l'attention qu'intervient la guérison hypnotique.

Suit l'art d'endormir, de faire les suggestions et un volumineux recueil d'observations thérapeutiques. La seconde partie contient une étude sur la médecine légale, la lucidité et le zoomagnétisme : l'auteur admet maintenant, contrairement à ses idées premières, la possibilité d'hypnotiser et de guérir ainsi les enfants; parfois même la suggestion sans sommeil suffit. Dans le chapitre de la lucidité, l'auteur traite de la transmission mentale, du sommeil à distance et de la prévision. L'auteur critique le zoomagnétisme, c'est-à-dire l'existence d'une action nerveuse se transmettant d'homme à homme par vibration et dont le caractère essentiel irréductible, est un effet curatif, supérieur à celui des remèdes.

L'auteur nous paraît sincère et de bonne foi; mais la sincérité et la bonne foi ne suffisent pas pour entraîner une conviction, de notre part du moins; en tous cas le livre mérite d'être lu entièrement.

Dr Charpentier.

Du traitement de certaines manifestations de la scrofule et de la tuberculose locale, par M. le Dr Larauza (Paris, 1891, Levé)

La renommée thérapeutique de Dax n'est plus à faire dans le rhumatisme. Elle commence, au point de vue de la scrofule et de la tuberculose locale, par le travail si clinique et si intéressant de notre distingué confrère Larauza.

C'est un traitement nouveau et, on me pardonnera l'expression, original. D'ordinaire les eaux que l'on emploie dans ce but thérapeutique sont chlorurées sodiques. A Dax, M. Larauza a eu l'idée de mélanger les eaux mères des salines avec celles des thermes. Pendant trois ans, il a fait l'essai de ce mélange pour le traitement des petits scrofuleux adressés, par le département de la Gironde, au sanatorium de Dax. Ce mémoire est donc le résultat de nombreuses observations.

Il démontre que ces eaux chlorurés sodiques fortes sont reconstituantes. Elles modifient heureusement les coxalgies, les ostéites, les ostéo-périostites et les ostéo-arthrites tuberculeuses, une fois la période aiguë terminée; les affections ganglionnaires de même nature et, de plus, les constitutions lymphatiques et scrofuleuses. Ces indications et les succès obtenus méritent donc l'attention des médecins. En les faisant connaître, M. Larauza a fait, une fois de plus, bonne œuvre de clinicien et de thérapeutiste.

C. E.

Digitized by Google

Etude d'hygiène générale, par le Dr Coriveaud (Bordeaux, 1891).

Une épidémie de rougeole, dont il a suivi le développement et découvert l'origine, a été pour notre très distingué confrère girondin l'occasion d'écrire ce mémoire et de plaider chaleureusement en faveur des réformes sanitaires.

Prophylaxie des épidémies, déclaration obligatoire des maladies épidémiques par le médecin, désinfection dans les communes rurales, etc., etc. ; ces questions sont celles que M. Coriveaud agite et dont il demande la solution. Excellente intention, à laquelle tout le monde s'associera ; mais qui, hélas, ne semble point encore à la veille d'une réalisation. C. E.

REVUE DES CONGRÈS

Congrès international d'hygiène et de démographie

(7e session, tenue a Londres du 10 au 17 avril)

I. *Prophylaxie internationale : les quarantaines.* — II. *Etiologie des endémies diphtéritiques*

Après Bruxelles, Paris, Turin, Genève, La Haye et Vienne, l'hygiène internationale continue par Londres de faire le tour de l'Europe.

L'ouverture de cette session, la solennité de la première réunion, l'allocution du prince de Galles, les réponses également applaudies des délégués étrangers, MM. Brouardel (France), Corradi (Italie), Roth (Allemagne), Kosi (Buda-Pesth), etc., etc., ont été rapportés par la presse quotidienne de ces jours derniers. Inutile d'y revenir et de mentionner des faits que les agences télégraphiques ont pris soin, en cette saison de disette politique, de communiquer *urbi et orbi*. Par le nombre de ses membres, 2,000) et la multiplicité des communications, cette réunion est assurément plus importante encore que les précédentes. Neuf sections se partageaient les congressistes, sous les rubriques suivantes : médecine préventive, bactériologie, rapports des maladies de l'homme avec celles des animaux, maladies des enfants, physique et chimie appliquées à l'hygiène, procédés d'assainissement, hygiène navale et militaire, législation. Enfin, en démographie, il existait une section unique. On le voit : cette réunion ne s'adressait pas seulement aux médecins ; les architectes, les ingénieurs, les économistes, les jurisconsultes, les industriels, etc., etc., tout le monde était convoqué. Dans ce compte-rendu nous serons moins universels et nous ne nous arrêterons qu'aux questions intéressant la médecine pratique.

I. **Prophylaxie des maladies.** — Cette question a été traitée par MM. Cunningham, Lawson, Thompson, Bergeron, Stekoulis, Felkin, Leduc, Thorne, Stockvis, Brouardel, Fayrer, etc., et ces orateurs se plaçaient au point de vue des moyens d'empêcher la transmission des maladies d'un pays à un autre, en deux mots, de la *prophylaxie internationale*.

C'est donc, sous une rubrique différente, l'éternel débat sur les quarantaines.

On sait qu'en Angleterre, les quarantaines sont condamnées. Pour prétexte, on avoue leur insuffisance ; en fait, M. Cunningham l'a enfin avoué, il s'agit surtout de l'obstacle qu'elles apportent aux relations commerciales.

L'inspection médicale des navires et leur désinfection sérieuse, voilà les meilleurs moyens de prophylaxie contre le choléra et les épidémies venant par la voie de mer.

M. Hervitt est aussi l'adversaire des quarantaines. Pourquoi ? Parce que, dit-il, la transmission des maladies peut se faire par le linge ou les hardes des malades et, même ici, une explication eût été nécessaire, par les vêtements des personnes indemnes de maladie, mais ayant séjourné dans les foyers épidémiques. Quant à M. Lawson, il conteste la transmission du choléra par l'homme. Il cite les épidémies de Southampton en 1865, de Toulon en 1884 et de la Nouvelle-Orléans en 1873, dans lesquelles on ne put trouver ni l'origine de l'importation ni l'importateur. Il en conclut, — conclusion légitime si les observations étaient exactes — non pas à l'ignorance probable de la fissure par où la maladie a pénétré dans ces localités, mais à une influence épidémique, à des éléments morbigènes, d'autant plus mystérieux qu'on ne les connait point, charriés par l'atmosphère.

Puis, autre argument. Celui-là a M. Simpson (de Calcutta) pour organe. Aux Indes, dit-il, les indigènes sont fortement éprouvés par le choléra ; les Mahométans le sont quatre fois moins, les Européens y échappent. Pourquoi ? Parce que, à son avis, la prophylaxie du choléra se réduit à une question de propreté.

Eh bien ! ces réquisitoires contre les quarantaines n'ont pas convaincu tout le monde, ni même tous les délégués des pays de langue anglaise.

M. Felkin (d'Edimbourg) a cité l'exemple des indigènes africains, édictant des prohibitions sévères contre les individus et les locaux contaminés. La destruction des villages suspects par le feu y est pratiquée pour arrêter la propagation des épidémies. Un de ses compatriotes de la Nouvelle Galle du Sud, M. Thompson, proclame aussi la nécessité des quarantaines dès les premiers jours de l'épidémie et avant la réalisation toujours lente de l'assainissement dans les villes menacées.

Mais il y a quarantaine et quarantaine. Celles d'autrefois étaient condamnables ; les quarantaines modernes sont utiles et en diffèrent notablement. C'est pourquoi MM. Brouardel et Rochard les défendent. Actuellement, font-ils remarquer, une quarantaine est et doit être un lieu de désinfection et, comme M. Leduc (de Nantes) le déclare avec eux, elle est indispensable en attendant le jour où on assurera une désinfection complète et absolue des navires.

C'est donc la quarantaine avec désinfection que l'on recommande dans les pays de langue latine ; c'est elle que la Conférence de Rome réclamait ; c'est elle que l'on doit maintenir dans les divers pays jusqu'au jour, lointain d'ailleurs, où elle deviendra inutile par l'extinction ou du moins la limitation des foyers cholérigènes et l'assainissement parfait des pays contaminables.

II. **De l'étiologie des endémies diphtéritiques.** — Ce problème intéressant a été étudié par M. Schrevens (de Tournai) au moyen des statistiques belges de la période décennale écoulée entre 1871 et 1880.

En premier lieu, il a constaté que les pays les plus éprouvés par la mortalité diphtéritique étaient ceux où la fièvre typhoïde causait les plus nombreuses victimes. Serait-ce une coïncidence ? Non, et il attribue cette relation à ce que selon l'expression de Ruxel, ce sont là des maladies fécales, le bacille de Lœffler et celui d'Eberth se développant volontiers dans les immondices et les détritus.

Ici, toutefois, ouvrons la parenthèse et faisons observer à M. Schrevens qu'il y aurait une autre raison sans doute, et que s'il avait été moins hygiéniste et plus clinicien, il aurait dû faire valoir la question du terrain individuel, celle de l'organisme. Les diphtéritiques antérieurement éprouvés par la fièvre typhoïde constituent, l'observation des malades le prouve, un terrain plus favorable à l'implantation et au développement du bacille de Lœffler et de ces microbes, comme le streptocoque, qui s'associe avec lui. Voilà des arguments qu'il aurait été utile de présenter.

Autre cause de diphtérie : dans les campagnes où on ne peut invoquer l'influence de l'agglomération, c'est l'élevage des volailles, et la propagation à l'homme de la diphtérie aviaire.

Une opinion généralement adoptée attribue à la diphtérie une sorte de prédilection pour les contrées basses ou humides. Les

Digitized by Google

observations de topographie sanitaire de M. Schrevens la démentent. Il a vu des foyers diphtériques se trouver dans le hameau le plus élevé d'une agglomération rurale dont les autres quartiers se trouvaient à une altitude très inférieure.

Enfin, et ici les hygiénistes devraient être tous en accord avec les médecins : l'absence d'isolement et la négligence dans la désinfection sont les origines principales de la plupart des épidémies. Cette notion pathogénique doit donc être retenue et en la formulant à nouveau, M. Schrevens a été bien inspiré.

(*A suivre*) G. S.

Congrès pour l'étude de la tuberculose

(2e SESSION — DU 27 JUILLET AU 1er AOUT 1891)

I. *L'hérédité tuberculeuse.* — II. *Etiologie et prophylaxie de la tuberculose; tuberculoses alimentaires.* — III. *Contagion dans les milieux habités.* — IV. *Phtisie professionnelle des porcelainiers* (1).

I. **L'hérédité tuberculeuse.** — Naguère, on prononçait le mot diathèse pour expliquer la fréquence de la tuberculose dans une même famille. Il y avait hérédité de la diathèse; maintenant quelques-uns parlent de la transmission bacillaire de la mère au fœtus durant la vie intra-utérine. Il y aurait transmission des germes et l'hérédité consisterait dans le fait même de cette transmission.

Au demeurant, les opinions sont partagées et on discute pour prévoir si l'enfant naît *tuberculeux* ou bien seulement *tuberculisable ?*

On s'est adressé aux faits anatomo-pathologiques et à l'expérimentation; qu'ont-elles répondu, par la bouche des membres du Congrès de la tuberculose ?

M. VIGNAL a inoculé aux cobayes les fragments d'organes et de placenta provenant de fœtus, dont les mères succombèrent à la phtisie. Résultats négatifs, les cobayes inoculés demeurant indemnes de toute tuberculose.

Il inocula une autre série d'animaux de même espèce, avec les produits expectorés par les mêmes mères phtisiques. Ici, les résultats furent positifs. Conclusion : la tuberculose maternelle n'est point transmissible au fœtus.

Autres expériences. M. Vignal inocule avec le bacille de Koch des cobayes femelles en gestation? Résultats encore négatifs, car les petits cobayes, dont les mères avaient subi cette opération, ne devinrent point tuberculeux.

M. HUTINEL fait appel aux données nécroscopiques et aux statistiques obituaires de l'Hôpital des Enfants. Que trouve-t-il ?

Les lésions tuberculeuses des nouveau-nés sont exceptionnelles. Sur 102 autopsies d'enfants, d'un âge inférieur à une année, on les constate quatre fois seulement (enfants de 2 mois et demi, 5 mois, 6 mois et 7 mois). Dans une autre série de 118 enfants du même âge, quatre présentaient des lésions tuberculeuses (un mois et demi, 2, 6 et 7 mois).

Puis, non content de ces constatations, M. Hutinel s'adresse à l'arithmétique. Elle lui prouve que la tuberculose du nouveau-né s'observe dans la proportion minima de 3 1/2 pour cent avant l'âge d'une année, mais devient fréquente à un et à deux ans.

Comment concilier ces chiffres avec la pure doctrine de la transmission héréditaire ?

En faveur de celle-ci on invoque divers arguments, entre autres l'adénopathie du médiastin, dans laquelle on voit comme des foyers caséeux ganglionnaires congénitaux. Eh bien ! l'assertion paraît gratuite; ce sont là, quand elles existent, lésions acquises et, avec un peu d'attention, on doit trouver une lésion pulmonaire, c'est-à-dire la porte d'entrée par où le bacille a pénétré dans l'organisme. Une adénopathie suspecte serait donc une lésion acquise.

Cependant, comment expliquer les faits exceptionnels tel que celui dont M. JACOBI entretenait les congressistes.

A l'autopsie d'un fœtus de sept mois, dont la mère mourut de phtisie peu de semaines après l'accouchement, cet observateur trouva des granulations miliaires du foie, de la rate et de la plèvre droite.

Ces faits, M. SOLLES les interprétérait par la théorie fort originale de la transmission intra-utérine des spores tuberculeux.

Ces spores ont une période de sommeil plus ou moins prolongée.

Puis, circonstance en vérité fort opportune quand elle existe, ces germes seraient éliminables spontanément; le prédisposé les élimine-t-il? Point de manifestations bacillaires héréditaires.

Cette élimination est-elle entravée ? Alors, il y aurait, en quelque sorte, rétention parasitaire et tuberculose apparente : l'hérédo-tuberculose serait donc accidentelle.

Eh bien ! c'est aller trop loin, M. LANDOUZY semble le dire. Il appuie son opinion sur les expériences positives de M. MARTIN, mais il s'élève contre l'exagération de ceux qui proclament l'hérédité inévitable de la tuberculose.

L'hérédité qu'il défend, a-t-il dit, c'est l'hérédité diathésique, en vertu de laquelle un nouveau-né de parents phtisiques est un candidat à la tuberculose.

Avec des mots différents et une argumentation plus nouvelle n'est-ce point-là, par un chemin de traverse, revenir à l'ancienne route que certains de nos anciens suivaient pour arriver à démontrer l'existance et la puissance pathogène des diathèses ?

En matière d'hérédité tuberculeuse, il y a donc des opportunistes et des radicaux. Les uns la nient, les autres l'affirment et parmi ceux qui plaident contre elle, M. BERNHEIM n'est point le moins ardent.

Il a, paraît-il, élevé des portées de lapins tuberculeux, dont les lapereaux ne sont point devenus tels, Comment, dès lors, en présence de ces jeunes animaux si rebelles à l'infection bacillaire, ne pas déclarer que l'hérédité des germes n'existe point, que la prédisposition du terrain n'est point spéciale aux tuberculeux et que toutes les tuberculoses sont le produit de la contagion ?

Ce sont les conclusions de M. Bernheim; ce ne sont point celles, on peut l'affirmer, des cliniciens plus dociles à tenir compte des faits cliniques que d'expérimentations souvent contradictoires.

Après ce débat sur l'hérédité tuberculeuse, on reste donc dans une sorte d'indécision. On doit admettre, pour demeurer d'accord avec l'observation des malades, ne fût-ce que provisoirement, la possibilité, mais exceptionnellement de la transmission placentaire, la nature favorable du terrain chez les enfants nés de parents tuberculeux, enfin, dans ce cas, la facilité extrême de la transmission bacillaire pour ces enfants qui vivent en contact permanent avec des tuberculeux.

Dans tout cela, rien de bien inédit, soit; mais, aussi, rien de contraire aux données scientifiques traditionnelles; c'est là, il me semble, quelque chose.

II. **Etiologie et prophylaxie de la tuberculose.** — Pour ce motif on s'associe volontiers aux protestations de M. LANDOUZY qui s'élève contre l'insouciance du public trop ignorant de la facilité avec laquelle les enfants sont contagionnés par la voie digestive. Il y a là, pour les hygiénistes, matière à formuler des instructions relatives à l'allaitement des nouveau-nés.

La *transmission par les voies digestives* a été observée, par M. SCHOULL (de Tunis), sur des chats tuberculisés en consommant les reliefs des repas d'une jeune tuberculeuse.

(1) Fin : voir les n°s 32 et 33.

Digitized by Google

L'usage *alimentaire des viandes tuberculeuses* revenait d'ailleurs à l'ordre du jour du Congrès à propos de la question de la prophylaxie.

Ici on s'entend sur le principe, sinon sur les moyens de l'appliquer.

M. Espina y Capo demande la destruction par le feu des viandes et des animaux contaminés et une inspection spéciale des abattoirs. Il voudrait même que les mesures soient internationales et deviennent obligatoires dans tous les pays.

Quelle est la diplomatie qui en obtiendra la réalisation? Cela il omet de nous l'apprendre.

Eh bien! M. Trasbot est moins féroce et plus pratique : il ne demande pas l'usage du feu purificateur; il demande la suppression, dans les grands centres, des abattoirs particuliers.

Un autre vétérinaire réclame l'inspection sanitaire des vacheries industrielles; c'est encore l'avis de M. Robcis, qui a pu constater la fréquence relative de la tuberculose dans les étables des nourrisseurs.

Reste la question économique de la destruction systématique des viandes tuberculeuses.

M. Nocard cite le fait suivant, témoignage irrécusable des charges énormes que cette réglementation causerait pour le budget. On estime que 3 têtes de boucherie sur 1,000 sont tuberculeuses; c'est une erreur. Avant la réglementation et l'allocation d'une indemnité aux propriétaires, cette proportion était de 4 pour 1,000 à Bucharest. Depuis, elle s'est élevée à 30 pour 1,000.

La destruction de ces viandes n'est point indispensable, ajoute M. Arloing. On peut les rendre inoffensives par la salaison, la cuisson, la transformation en extraits de viande ou en conserves, sans enlever à la consommation un appoint alimentaire important.

On atténuerait ainsi le taux des indemnités, et, pour réaliser ces réformes sanitaires sans obérer le budget, il suffirait d'imposer une taxe sur chaque tête de bétail livrée à la consommation. Cette taxe n'excéderait pas 50 centimes pour un bœuf, moitié moins pour un veau et 20 centimes pour chaque animal de l'espèce ovine. On le voit, c'est un bien séduisant projet! Voilà peut-être le motif pour lequel on ne l'adoptera point.

Cependant l'intervention des pouvoirs publics s'impose. Le Congrès a donc été bien inspiré en réclamant des mesures sanitaires plus efficaces et plus réelles que celles actuellement en usage.

III. **Contagion dans les milieux habités.** — Après la transmission de la tuberculose par les aliments, la *contagion dans les milieux habités*. Celle-là, M. Ollivier en démontre les dangers.

Chaque jour on voit des phtisiques dont la tuberculose a pour origine un logement non désinfecté et antérieurement habité par un tuberculeux.

M. Ollivier réclame donc avec raison la désinfection obligatoire et l'assainissement des logements habités par des tuberculeux. Ce que l'on propose de faire est ce que les règlements engagent à faire sans le rendre, hélas! obligatoire, pour la variole, la diphtérie ou le choléra; pourquoi omettre de l'ordonner dans la tuberculose? Après tout, ce virus vaut bien les autres pas sa redoutable puissance.

En veut-on la justification? M. Arthaud la donne. Il a trouvé dans les logements ouvriers des proportions de 50 à 60 pour cent de tuberculeux, infectés par le séjour à l'atelier ou dans des bureaux mal ventilés et encombrés. Il y aurait donc lieu de surveiller les garnis à ce point de vue, d'afficher dans les ateliers une instruction hygiénique obligatoire pour les patrons.

IV. **Phtisie professionnelle des porcelainiers.** — La tuberculose professionnelle est plus rare. Cependant M. Bouland (de Limoges) en a cité cependant un exemple assez peu connu : celui des porcelainiers de Limoges, chez lesquels la poussière de kaolin produit des lésions irritatives des poumons, servant de porte d'entrée aux germes tuberculeux.

Cette tuberculose, intéressante au point de vue de l'hygiène professionnelle, ne l'est pas moins pour le clinicien. Elle évolue lentement et M. Bouland admet que l'afflux de leucocytes provoqué par cette irritation sans cesse répétée, fait naître un processus sclérogène limitant les foyers bacillaires.

Mais, n'insistons pas : on vient de voir par ce compte rendu critique des principaux travaux du Congrès, que tous ses membres sont d'accord pour solliciter, enfin, une réglementation sanitaire contre la tuberculose.

On se serait étonné, d'ailleurs, d'en voir discuter encore l'opportunité. Pour ce motif, on estimerait que cette deuxième session du Congrès pour l'étude de la tuberculose aurait été exceptionnellement féconde, si des vœux aussi unanimes devaient être enfin écoutés par les pouvoirs constitués et surtout bien compris par le public. N. D.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Une lettre d'un correspondant.— Faut-il isoler les diphtéritiques? — Aérothérapie antiseptique ou isolement? — Une enquête clinique nécessaire.

Le métier de journaliste possède ses amertumes. On le sait. Parfois, comme cela, il a aussi ses douceurs; il faut bien une compensation.

C'est en effet une de ces douceurs qu'un très honorable confrère M. Couëtoux (de Blain) vient de me procurer sous la forme épistolaire. Je l'en remercie cordialement, et puisque l'occasion s'en présente, j'en profite pour remercier aussi ceux de nos lecteurs qui ont de temps en temps l'aimable complaisance de se faire nos bienveillants correspondants.

M. Couëtoux m'écrit donc:

J'ai lu avec le plus grand intérêt votre travail sur le traitement de l'angine couenneuse et je me permets de joindre mes remerciements à ceux de mes confrères qui vous les ont déjà adressés.

Un seul point de la question, mais non le moins important, me paraît exiger quelques explications.

Vous semblez admettre que l'isolement s'impose dans le traitement de l'angine couenneuse d'une façon rigoureusement absolue et sans aucune exception. Mais cet isolement n'est pas toujours possible, attendu que les parents d'un diphtéritique ne disposent pas toujours d'une seconde maison ni même d'une seconde chambre pour y loger leurs autres enfants encore bien portants *du moins en apparence*. Il est rare en effet que ces enfants n'aient pas subi le dangereux contage avant le moment où l'on a reconnu la véritable nature de la maladie. Que doit conseiller alors le médecin à titre de médication préventive?

Mais je suppose que l'isolement est matériellement possible, ne pensez-vous pas que pour être véritablement efficace, et non dangereuse, cette mesure exige la réunion de plusieurs garanties que l'on ne rencontre pas toujours, surtout quand on exerce la médecine au milieu de populations pauvres et ignorantes? Le médecin n'a-t-il pas à apprécier dans quelles conditions de sécurité pour eux mêmes et pour leur nouvel entourage se trouveront ces enfants éloignés de la maison paternelle.

Seriez-vous, en effet, très hésitant pour admettre avec moi que l'isolement, *non accompagné de précautions antiseptiques*, est une mesure incomplètement rassurante pour ceux-là même en faveur de qui elle est prise et qu'il constitue en outre une des plus rapides voies de propagation de la diphtérie? N'a-t-il pas en effet pour résultat de soustraire à la surveillance paternelle

Digitized by Google

et à la surveillance médicale des enfants gravement menacés de diphtérie, de produire la dissémination des germes morbides dans un pays et d'y créer des foyers nouveaux de contagion épidémique ?

Reste à savoir ce que l'on peut obtenir sans l'isolement; pour moi, je l'ai dit et je le répète encore, exerçant la médecine dans une région où pendant plusieurs années la diphtérie n'a guère cessé de causer des ravages, je n'ai que rarement pu ou cru devoir recourir à l'isolement à cause des impossibilités matérielles qui s'y opposaient ou bien de l'insuffisance des garanties offertes par le mode d'isolement possible. J'estime à une centaine environ le nombre de cas où j'ai soigné des enfants diphtéritiques dans la même chambre que continuaient d'habiter leurs frères ou sœurs bien portants. Or, je n'ai pas eu à déplorer une seule mort par contagion avec mes diphtéritiques et mais aucun d'eux n'a été, par sa présence dans une région, origine d'un foyer secondaire d'épidémie. D'autre part, ndant la même période de temps et dans le même pays, chez familles atteintes de diphtérie, pour qui l'isolement it été recommandé et pratiqué par mes confrères, conformé à la doctrine scientifique acceptée jusqu'à ce jour, il est réquemment un, deux, trois et jusqu'à quatre enfants après le premier atteint. En outre, ces enfants, exilés de la maison paternelle devenaient fréquemment, là où on les avais transportés, l'origine de nouveaux cas de diphtérie.

A diverses reprises j'ai déjà cherché à provoquer une discussion approfondie sur cette question de l'inopportunité assez fréquente de l'isolement et je n'y ai pas jusqu'à ce jour réussi

Cependant plusieurs très distingués confrères admettent que le traitement de la diphtérie par l'aérothérapie antiseptique diminue beaucoup le danger de la promiscuité : je crois pouvoir citer MM. Renou, Barthelemy, Bonamy, Jeffrier. Il n'y a donc déjà entre eux et moi tout au plus qu'une différence de degré dans l'application d'un principe acquis et je me demande si, placés dans les conditions de milieu où je me trouve, ils adopteraient une ligne de conduite très opposée à la mienne?

Combien je vous serais reconnaissant de recourir à une enquête parmi les médecins partisans du traitement de la diphtérie par l'aérothérapie antiseptique pour savoir si véritablement il convient encore d'enseigner que la loi de l'isolement s'impose d'une façon absolue et sans aucune exception. J'ose espérer que vous aurez la bonté de vous rendre à ma prière; votre habitude n'est pas de vous dérober devant un problème difficile et délicat à résoudre, lorsque la solution de ce problème touche aux graves intérêts de la science et de l'humanité.

Dr René Couetoux.

Voici ma réponse à la lettre si courtoise de mon distingué correspondant :

Pour être efficace, l'isolement doit être absolu, complet et radical. Un demi-isolement entretient une sécurité trompeuse. Il est donc un danger et non une mesure de sécurité sociale.

Dans la pratique, et surtout dans la pratique rurale, me dit-on, il est difficile d'en obtenir la réalisation. Cette objection est légitime; je le concède. Raison de plus et pour le médecin de faire tous ses efforts afin de le réaliser et de fermer « ces fissures » qui permettent la propagation morbide dans les cas où l'isolement est plus apparent que réel.

M. Couëtoux me demande si l'isolement, non accompagné de précautions antiseptiques, n'est pas une mesure incomplétement rassurante? Je n'éprouve aucune difficulté à lui répondre que celles-ci complètent celui-là, mais, à mon avis du moins, sans pouvoir le remplacer. A l'heure actuelle, il n'existe, ni médications, ni agents, ni procédés germicides, possédant, même entre les mains les plus habiles ou dans les affirmations des plus enthousiastes, une puissance et une efficacité absolues. On connaît la vitalité extrême du bacille de Lœffler; on connaît sa résistance aux agents nécrophytiques; on connaît enfin sa diffusibilité : c'est pourquoi, avec l'isolement, mais *avec lui nécessairement*, la désinfection la plus sevère et la plus scrupuleuse s'impose.

L'aérothérapie antiseptique a rendu et rend de réels services. MM. Renon, Barthélemy, Bonamy, Jeffrier et mon aimable contradicteur, M. Couëtoux, l'ont prouvé; moi-même, j'en ai tenu compte, en formulant et en prescrivant, l'usage des vaporisations, des fumigations et des pulvarisations parasiticides dans la chambre du diphtéritique. J'accepte leur précieux témoignage; je reconnais que cette médication a une valeur thérapeutique : mais je demande à mon tour si, employée seule, elle suffit pour donner au médecin et aux familles une garantie parfaite contre la propagation de la diphtérie ?

Par son importance, la question mérite d'être mise à l'étude ; j'en conviens. Une enquête impartiale et suffisamment étendue aiderait à la résoudre; j'en conviens encore.

Fidèle à son programme, le *Journal des Praticiens* ouvre donc cette enquête à dater de ce jour et demande à ses lecteurs de lui communiquer un résumé de leurs observations et leurs avis motivés. La comparaison de ces documents cliniques permettra, mieux encore, je l'espère, que les expériences de laboratoire, à donner une formule plus précise de l'urgence de l'isolement et de l'utilité de l'aérothérapie antiseptique dans la prophylaxie de l'angine couenneuse en particulier et de la diphtérie en général.

Ch. Eloy.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 *août* 1891

Présidence de M. le Dr Tarnier.

M. Marty lit un rapport sur les eaux minérales.

M. Motais (d'Angers), dans un mémoire lu précédemment à l'Académie de Médecine, avait conclu à l'hérédité de la myopie.

M. Javal ne partage pas cette opinion. Pour lui, la myopie n'est pas héréditaire, mais les parents myopes lèguent à leurs enfants une prédisposition à contracter cette affection.

De la grossesse extra-utérine. — De plusieurs observations dont il donne un résumé, M. Pinard tire les conclusions suivantes :

Au point de vue de l'étiologie, si, dans quelques cas, une maladie antérieure de l'appareil génital a été observée, rien de semblable n'a été noté chez la plupart des malades.

Les premiers accidents et les troubles fonctionnels ont débuté, dans toutes les observations, dès la fin du premier mois. Ces accidents ont été constitués par des phénomènes péritonitiques et des troubles fonctionnels du côté de l'intestin et de la vessie.

Digitized by Google

L'expulsion d'une caduque a été observée dans la plupart des cas.

Les rapports de l'utérus avec le kyste fœtal sont absolument variables et, s'il est le plus souvent repoussé en avant, on peut le trouver en arrière, sur les côtés et même il peut ne pas être déplacé et rester au centre de l'excavation.

Les fœtus meurent souvent avant leur complet développement, puisqu'une seule fois le fœtus fut trouvé avec un poids normal.

Le kyste fœtal, le plus souvent immobilisé, par des adhérences dans la cavité abdominale, peut être immobile. Il peut même présenter des contractions aussi fréquentes et aussi énergiques que l'utérus.

Le kyste fœtal peut être entouré par des anses intestinales passant en avant et si adhérentes qu'on ne peut rompre leurs adhérences.

Le kyste fœtal présente toujours deux loges, l'une fœtale, l'autre placentaire, qui peuvent se rompre séparément. Quelquefois la loge fœtale peut être bilobée, présenter des étranglements et rendre l'extraction du fœtus difficile ou impossible,

Le kyste fœtal, par ses rapports avec le bassin, la vessie, l'intestin, est plus facilement accessible par la voie vaginale que par la voie abdominale. Ce sont ces dispositions qui doivent imposer l'élytrotomie ou la laparatomie.

M. Pinard signale les dangers que peut offrir la méthode qui consiste à vouloir toujours enlever le kyste, et, au contraire, les avantages de l'extériorisation simple du kyste.

Dès que la membrane granuleuse apparaît à la face interne du kyste, on peut et on doit pratiquer la délivrance artificielle,

M. Pinard insiste sur les grands bénéfices qu'on peut retirer d'une intervention judicieuse dans les cas de grossesse extra-utérine, puisque, sur dix femmes opérées, neuf ont été guéries. Encore faut-il faire observer que celle qui a succombé a été opérée *in extremis*. F R.

LES JOURNAUX DE LA SEMAINE

La suppression de l'officiat et les Ecoles secondaires. — On lit dans la *Loire Médicale*, du 15 août :

On a encore fait valoir, en faveur du second ordre de médecins, que les officiers de santé étaient nécessaires à l'existence des Ecoles secondaires.

Cet argument nous paraît étrange ; nous n'avons ni sympathie, ni antipathie préconçues pour les Ecoles secondaires, mais nous n'admettront jamais que pour les faire vivre, on maintienne un diplôme reconnu insuffisant. Nous avons à leur reprocher la déplorable sollicitude avec laquelle sont traités quelques aspirants à l'officiat ; sur cette pente on en arrivera à faire la chasse aux candidats.

Les budgets des villes et de l'Etat ont déjà bien assez d'autres charges sans être grevés encore par les traitements de professeurs sans élèves. A notre avis, quoi que l'on fasse, la moitié au moins des Ecoles secondaires de médecine est destinée à disparaître. Les Ecoles de plein exercice, celles qui sont installées dans des villes importantes, ou sont éloignées des grands centres scientifiques, comme dans l'Ouest, par exemple, pourront subsister ; quant aux autres, il n'y a pas lieu, à notre avis, de se mettre en travers de l'évolution fatale qui les menace. Les Facultés elles-mêmes deviennent trop nombreuses ; l'antique Montpellier se voit menacée par Bordeaux, Toulouse et, prochainement, Marseille ; ce sera deux de trop. Chaque ville du Midi, sentant bien que les Ecoles secondaires sont condamnées, veut avoir ses Facultés au complet, pour constituer une Université. Qu'on décentralise, rien de mieux ; que sous ce couvert on arrive à l'émiettement, l'intérêt social, celui de tout le monde, n'a rien à y gagner.

Elever le niveau des études médicales en supprimant le diplôme inférieur, tel doit être le but du législateur ; la mesure sera avantageuse pour la société. Quelques intérêts particuliers pourront s'en trouver lésés ; n'en est-il pas de même chaque fois qu'il s'agit de franchir une étape sur la route du progrès ?

INFORMATIONS

ÉTRANGER

ALLEMAGNE. — **La mortalité dans une maternité allemande.** — Il s'agit de la Maternité de Marburg et des statistiques de Akfeld. Sur 2000 accouchements, cette mortalité a été d'avril 1884 à avril 1891, 0,7 0/0, dont : affections non puerpérales, 0,2 0/0 ; affections puerpérales sans affection sceptique, 0,15 0/0 (éclampsie).

Affections sceptiques puerpérales : arrivées très infectées, 0,10 ; opération césarienne, 0,10 ; infectées dans la Maternité, 0,15.

On le voit, le septicisme puerpéral fait encore des victimes nombreuses. C'est cependant une cause de mortalité bien exceptionnelle dans les maternités parisiennes.

ITALIE. — **Congrès italien de médecine interne.** — La quatrième session aura lieu à Rome du 19 au 21 octobre. Les questions mises à l'ordre du jour sont les suivantes :

Pathologie et traitement des maladies de l'estomac. (Rapporteurs : MM. Forlanini et Rossoni).

L'auto-intoxication, sa pathologie et son traitement. (Rapporteurs : MM. Albertoni et Queviolo).

De l'utérus. (Rapporteurs : MM. Myo et Patello).

NOUVELLES MILITAIRES

FRANCE

Nominations dans le corps de santé de la marine (Activité). — *Au grade de médecin principal* : M. Brin legoin de Tréglodé.

Au grade de médecin de 2e classe : M. E trades, médecin auxiliaire de 2e classe.

Nominations dans le corps de santé militaire (Réserve). *Au grade de médecin aide-major de 1re classe* : les médecins aides majors de 2e classe : MM. Monnet, Poizat, Bonnet, Devaux, Legoy, Rabion, Rousset, Wœhling, Beaucard, Molines, Bert, Maron, Pailhès, Feuilletaud, Duriez, Saint-Agnès, Jardet, Fournial, Imbert, Fauvel (H.), Fauvel (R.), de Nabias, Valin, Masson, Labonne, Rabaine, Reymond, Villemin, Pagliano, Augio.

VARIÉTÉS

Les chemins de fer et la transmission de la tuberculose. — Bans le but d'élucider cette question au point de vue bactériologique, M. Praussnitz a examiné avec soin des compartiments de wagons allant de Berlin à Merón, et qui transportent de nombreux phtisiques dans le Tyrol. Dans quatre compartiments sur six il existait des bacilles. Ils étaient en petite quantité et ne possédaient qu'une médiocre activité.

L'expérimentateur allemand admet donc que le nettoyage actuel des wagons suffit pour prévenir la transmission de la tuberculose.

Un écho de la visite présidentielle à l'asile d'aliénés St-Luc. — Nous le trouvons dans les *Archives médico-psycho-*

Digitized by Google

logiques, sous la forme d'une lettre par laquelle une aliénée atteinte de délire partiel, raconte l'impression produite par la visite de M. Carnot sur ces natures détraquées :

« Nous avons reçu une visite splendide de M. le Président de la République et du nouveau roi de France qui a tant charmé toutes les femmes que nous sommes toutes en amour.

« On lui a fait des arbres de triomphe, ainsi que des bannières et des drapeaux volants aux trois couleurs ; il nous a régalées de son mieux et il est reparti à Paris en grande pompe, avec le corps législatif et la garde républicaine et toute son armée en Espagne. »

Falsification du café et des amandes. — M. V. Hamel Roos rapporte, dans la *Revue internationale des falsifications*, qu'on lui a soumis des échantillons de café qui était, sinon falsifié, du moins privé d'une partie de ses principes actifs. Les grains avaient bien la structure du café, ce qui permettait d'affirmer qu'il ne s'agissait pas de grains artificiellement fabriqués, mais la quantité d'extrait, obtenu par épuisement au moyen de l'éther, était inférieure à 1 pour 100, tandis qu'elle est de 13 à 14 pour 100 dans le café de bonne qualité. Ce café avait donc été épuisé, privé de son extrait et torréfié une deuxième fois après addition de sucre ; cette opération l'avait recouvert d'une sorte de vernis.

M. van Hamel Roos a eu aussi entre les mains des amandes artificielles, imitant parfaitement les vraies amandes, quant à leur forme et à leur couleur. Ces fausses amandes sont composées de glucose, aromatisé avec l'essence de mirbane. Elles paraissent destinées à être mélangées aux véritables amandes, dont le prix est plus élevé.

Ajoutons que la nitrobenzine est un corps qu'on ne saurait absorber sans inconvénient, surtout si l'on mangeait une certaine quantité de ces amandes artificielles.

Les causes de la grossesse extra-utérine. — Elles ont été énumérées par Zinke, qui d'ailleurs les emprunte aux divers auteurs. Ce sont : une émotion vive au moment de la fécondation ; les brutalités exercées sur le bas-ventre immédiatement après le coït ; les anomalies des trompes : paralysie, anomalie de longueur, boursoufflement et ulcération de leur muqueuse, épaississement et raccourcissement de leurs cils vibratils, oblitération de leur extrémité utérine ; les fausses routes qui conduisent aux trompes ; les processus inflammatoires et les tumeurs du bassin qui compriment les trompes, enfin les salpingites desquamatives.

La paralysie générale chez les ecclésiastiques. — M. Bouchaud a comparé les statistiques de l'asile catholique de Lommelet avec celles des établissement d'aliénés. Dans ces derniers on trouve 1 paralytique générale sur 3,9 observés. Parmi les ecclésiastiques ce rapport est de 1 sur 47. Même remarque de MM. Carriec et Barbé Guillard. Cette rareté de la paralysie générale dans le clergé est attribuée à l'absence presque complète de syphilitiques parmi ses membres. La syphilis est, en effet, l'un des principaux facteurs de cette affection.

Les dangers du lait de vaches nourries avec des feuilles d'artichaut. — La cynarrine, principe actif de la feuille de l'artichaut, est, on le sait, d'après M. Ponthieu (de Senlis), une substance irritante pour l'estomac et l'intestin des enfants.

L'ingestion du lait de vaches, nourries avec les feuilles de cette plante potagère, provoquerait la diarrhée et les vomissements. Voilà donc un danger de gastro-entérite, à redouter quand on alimente les enfants avec le lait de vaches nourries de ce médiocre fourrage. Il y a lieu d'en tenir compte dans certaines contrées.

De l'examen des liquides pathologiques par l'emploi de de la force centrifuge.—C'est M. Torn Steenbeck qui propose ce procédé ayant pour but de séparer les corpuscules solides contenus dans un liquide physiologique ou pathologique.

Dans l'appareil dont il est l'inventeur le sédiment se dépose dans un réservoir, d'où on le retire à l'aide d'une [illegible]e pour l'examiner au microscope ; par cette méthode, il [illegible]resque impossible qu'un cylindre rénal échappe à l'observ[illegible]

Quand on a l'habitude de mode d'exploration, on peut reconnaître, même à l'œil nu, s'il s'agit de pus, de sang, de cristaux ; on peut, avec cet appareil, déceler également la présence des bacilles dans l'urine ou dans tout autre liquide ; on peut encore reconnaître la présence de l'albumine, et même la doser en quelques minutes au moyen du dit appareil ; enfin, on peut distinguer si, lorsqu'une urine contient du sang, on a affaire à une hématurie ou à une hemoglobinurie (en cas d'hématurie, l'urine devient claire, et il se dépose des corpuscules rouges, tandis que dans l'hémoglobinurie, la coloration de l'urine persiste.

L'appareil de M. Torn Steenbeck permet de constater que presque toutes les urines normales contiennent des cylindres, des globules sanguins et de l'oxalate de chaux. On doit prendre la précaution, avant de mettre l'urine dans l'appareil, de la recueillir directement dans la vessie, à l'aide d'une sonde flambée et aseptique, afin d'être certain que les microbes rencontrés ne proviennent pas de l'air ambiant.

Un moyen d'assurer la conservation des collyres. — Proposé par Franke, il consiste à stériliser par le sublimé ces solutions d'ésérine, de cocaïne et d'atropine. A cet effet, il suffit d'un dix millième de sublimé pour rendre ces collyres aseptiques durant une année.

Il suffira donc d'ajouter deux gouttes de la solution de sublimé à 1 pour cent, pour chaque quantité de dix grammes de collyre.

Le traitement des morphinomanes à New York — On vient d'établir à Brooklyn, une maison de santé pour les morphinomanes. On y dispose de 12 lits pour ces malades et ceux qui font abus du chloral. Le traitement consiste dans une médication pulmonaire par le bromure de sodium et dans la restriction rapide de l'usage du narcotique. Cette période de restriction dure de dix à douze jours.

The Sloane maternity hospital. — Fondé par la famille Vanderblit, cet établissement a été construit avec tout les perfectionnements de l'hygiène moderne. Les femmes en état de grossesse sont isolées des parturientes et des nouvelles accouchées.

Parmi les pratiques en usage dans cet établissement, l'un des plus importants des Etats Unis, M. M. Lowe mentionne les suivantes. Les primipares accouchent sur le côté gauche, les multipares sur le dos. Le jour de l'accouchement on leur administre trois doses d'un mélange de digitale, d'ergot et de quinine.

Les visites sont interdites, la desinfectation est obligatoire pour les infirmiers et le personnel médical. On prend chaque jour la température rectale et le poids de l'enfant et on panse la cicatrice du cordon avec l'iodoforme et le bismuth. Enfin grâce à ses précautions la mortalité totale n'a point dépassé 6 pour cent.

La conservation et les altérations des potions éthérées. M. Maseau a signalé dans le *Bulletin de pharmacie* de Bordeaux les altérations suivantes d'une potion ainsi formulée :

Ether sulfurique....	2	grammes
Sirop thébaïque.....	40	—
Eau.....	150	—

Potion parfaitement claire et limpide au moment de la livraison. Quarante-huit heures après, elle était presque totalement prise en masse et présentait l'aspect d'une solution concentrée de gélatine.

Pour observer pareil phénomène, il faut exposer le mélange ci-dessus à une température assez élevée. A la température de

Digitized by Google

15 degrés, la potion reste plusieurs jours sans subir d'altération. A 30 degrés même, elle se conserve assez pour être prise par le malade sans répugnance dans les quarante-huit heures, mais au-dessus de 30 degrés, la potion ne tarde pas à loucher, devient filante, et une altération profonde se manifeste rapidement.

Avec la liqueur d'Hoffmann, le même phénomène s'observe; d'où la nécessité de toujours recommander aux malades de mettre les potions de ce genre ou autres mélanges analogues dans un endroit frais, afin d'en assurer la conservation.

Les organismes des solutions médicamenteuses. — Dans le *Répertoire de pharmacie*, M. Barnouvin rappelle qu'un grand nombre de ces solutions laissent développer des organismes : bromure de potassium, chlorate de potasse, acide borique, citrate de magnésie et solution arsénicale de Boudin.

L'eau distillée des officines, qui sert à préparer ces solutions, contient souvent elle-même des flocons organisés plus ou moins apparents. Ceux-ci sont constitués le plus souvent par des mycéliums grêles et allongés, ces caractères étant liés à la pauvreté du milieu; rarement, on y observe des organismes verts.

Les végétations des solutions elles-mêmes sont d'ordinaire des champignons transformés, de véritables hygrocrocis. Ces hygrocrocis se ressentent, d'ailleurs, de l'influence du milieu; ils sont bien moins développés que dans les hydrolats, et sont souvent stériles. Les bactéries se montrent de loin en loin, et exceptionnellement sous forme d'organismes colorés; on n'observe plus ces bactéries chromogènes, pour ne citer qu'un exemple, dans l'eau de fleurs d'oranger. Les dépôts jaunes qui se produisent quelquefois dans cet hydrolat doivent être attribués à un organisme voisin du Micrococcus luteus (Cohn), Bacteridium luteum (Schrœder) Peut-être n'est-il pas inutile d'attirer l'attention du corps médical sur les inconvénients de l'usage de l'eau de fleurs d'oranger contenant des végétations ?

Les algues proprement dites semblent s'accommoder difficilement de ces solutions. L'observation la plus intéressante a été fournie par la liqueur de Boudin. Celle-ci contenait des organismes en forme de navette ou de nacelle, dans lesquels j'ai pu constater la présence d'une véritable carapace siliceuse, et appartenant par conséquent au groupe des Diatomées, et vraisemblablement à la tribu des Naviculées.

Les algues vertes sont très rares dans les solutions; M. Barnouvin n'a observé, çà et là, que quelques Protococcus, ou de très petites cellules, réunies par une sorte de membrane, qu'il considère plutôt comme des bactéries (Micrococcus chlorinus).

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs Hermil, ancien interne des hôpitaux (à Grenoble); Mathieu (de Fraize), Redares (ancien médecin de la marine), et Duval (de Calais).

En Autriche : M. Helly, professeur d'obstétrique à la Faculté de Gratz.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Alvaro-Paulino. — Maladie de Graves (*Brazil Médico*, 8 juin 1891).

Arnozan et Vigneron. — Du traitement de la chancrelle et du bubon chancrelleux par les applications locales d'eau chaude (*Journal de Méd. de Bordeaux*, 26 juillet 1891).

Boinet. — Tremblement, cri, chorée rythmée et syndrome fruste de Parkinson de nature hystérique (*Progrès Méd.* 11 juillet 1891).

Brousse — Traitement de la syphilis par les injections mercurielles (*Gaz. Hebd. des Sciences méd de Montpellier*, 25 juillet 1891).

Carpentier. — De la tuberculose de la choroïde (*The Brit. Med. Journal*, 11 juillet 1891).

Celli. — Prophylaxie de la syphilis (*Riforma Medica*, 2 juillet 1891).

Clarke (M). — De la valeur de la suspension dans le traitement des tabes dorsalis (*The Lancet*, 18 juillet 1891).

Dominicis (de). — De la cirrhose hypertrophique du foie (*Revista clinica e therapeutica*, juin 1891, p. 301).

Drummond (D.). — Remarques cliniques sur les rapports de l'émpyème avec la pneumonie croupale. (*The Brit. Med. Journal*, 18 juillet 1891).

Faure Miller — Gangrène symétrique consécutive à l'influenza (*The British Med. Journal*, 18 juillet 1891).

Giovannini. — Un cas de canitie unguéale (*Riforma Medica*, 2 juillet 1891).

Guellot. — Le cancer est il contagieux ? (*Union Méd. du Nord Est*, juillet 1871).

Hallopeau. — Les nævi (*Prog. Méd.*, 11 juillet 1891).

Mac Donnell. — Sur un cas de tabes dorsalis avec troubles gastriques (*The N.-Y. Med. Journal*, 18 juillet 1891).

Mittendorf. — Cent cas de migraine ophtalmique et de ses rapports avec des troubles de la réfraction (*The Med. N.-Y. Record*, 18 juillet 1891).

Moreno (T.). — Considérations sur un cas d'hémiatrophie linguale (*Andalucia Med.*, juin 1891).

Mossolongo-Roberto. — L'hystérie toxique (*La Riforma Medica*, 10 juillet 1891).

Muller. — Traitement de la coqueluche par la vaccination (*Gaz. Méd. de Strasbourg*, 1891, n. 7, p. 82).

Santa Maria y Bustamente. — Un cas de maladie d'Addison (*Revista clinica de los Hospitales*, juin 1891).

Seuvre. — Vaccination lombaire sur les enfants (*Union Méd. du Nord-Est*, juillet 1891.

Syers (W.). — Gangrène du poumon consécutive à la pneumonie aiguë (*The Lancet*, 18 juillet 1891).

Tyndal (H.). — Traitement des diverses formes de phtisie pulmonaire par la vaccination (*The N.-Y. Med Record*, 18 juillet 1891).

Vinay. — Du lait stérilisé et de sa valeur alimentaire chez les nourrisson (*Lyon Médical*, 26 juillet 1891, p. 415).

Viziola. — La claudication intermittente du cœur comme moyen de diagnostic du diabète au début (*Rivista clinica e terapeutica*, juin 1891, p. 299.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Berry (J.) — Leçons sur le goître, sa pathologie, son diagnostic et son traitement chirurgical. (*The Brit. Med. Journal*, 13 juin 1891).

Dandridge. — De la laparotomie pour plaies pénétrantes de l'abdomen. (*The Cincinnati Lancet Clinic*, 7 février 1891).

La Grange (D) — Du sarcome mélanique des paupières. (*Recueil d'ophtalmologie*, janv. 1891, p. 328).

Meurer. — Sur le traitement des affections des voies lacrymales. (*Loire medicale*, 13 janv. 1891).

Norlys. — Des végétations adénoïdes du pharynx. (*Gazette méd. d'Orient*, 15 mai 1891).

Parmond. — Le prolopsus de l'iris dans l'extraction simple de la cataracte. (*Recueil d'ophtalmologie*, janv. 1891, p. 321).

Zmigrode. — De la cocaine en chirurgie. (*Wratch*, p. 1, 1891).

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

Paris. — Imprimerie Scientifique Lahure, 97, rue Saint-Honoré

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE N° 35 26 AOUT 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, BÉCLÈRE, BROCQ, DEMELIN, DU CASTEL, GINGEOT, Charles MAURIAC, PICQUÉ Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

REVUE GÉNÉRALE

De l'hystérie mâle

L'hystérie, comme l'indique l'origine de son nom, a longtemps été considérée comme le privilège exclusif du sexe féminin. Quant à l'homme, il se trouvait, de par sa virilité même, à l'abri des atteintes de la névrose. Depuis, les idées ont bien changé : les travaux de M. Charcot et de ses élèves ont irréfragablement démontré la fréquence de l'hystérie masculine.

Pourtant ce concept ne s'est pas imposé sans contestations. On a prétendu que l'hystérie mâle ne se rencontrait que dans certains hôpitaux spécialement favorisés et que partout ailleurs on la cherchait en vain. Rien de moins fondé que cette assertion ; je n'en veux pour preuve que la statistique de M. Marie (1), à la consultation du Bureau central des hôpitaux, et les observations, relativement nombreuses, que M. Souques a recueillies, durant une année, à l'hôpital Broussais, dans le service de M. Chauffard (*Arch. génér. de méd.*, août 1890).

Les relevés de ces deux auteurs aboutissent à ce résultat assez inattendu que l'hystérie masculine dans les hôpitaux est deux fois plus fréquente que l'hystérie féminine. Cette conclusion, paradoxale au premier abord, peut-elle être généralisée ? Peut-on dire que, chez l'homme, l'hystérie est deux fois plus fréquente que chez la femme ? Non ! car si cet énoncé est exact quand il s'agit des couches inférieures de la société, il ne saurait s'appliquer aux classes plus élevées et plus aisées ; mais, en tout cas, il reste entièrement applicable à la clientèle hospitalière.

A quoi tient cette fréquence de l'hystérie chez les ouvriers et les gens de basse condition ? Incontestablement à ce qu'ils sont plus exposés aux traumatismes et aux intoxications, ces deux grands facteurs de la névrose. C'est ainsi que, chez les malades de M. Souques, on relève l'intoxication saturnine (11 fois), les traumatismes (3 fois), la syphilis, la dysenterie, l'alcoolisme, etc. Mais, quels qu'ils soient, ces agents provocateurs ne peuvent agir que sur un organisme prédisposé ; il faut ici de toute nécessité une tare héréditaire nerveuse ; l'hystérie, en un mot, « ne germe que sur un terrain préparé par l'hérédité nerveuse ».

Le tableau symptomatique ne comporte pas de description univoque. Parfois le début est annoncé par une attaque apoplectiforme, comme dans les cas rapportés par MM. Debove et Achard ; plus souvent, peut être, il est marqué par des vertiges, des étourdissements. Ces vertiges sont fréquents dans l'hystérie masculine ; ils semblent remplacer en quelque sorte les attaques convulsives de la femme ; ce sont de petites attaques d'hystérie. Des troubles moteurs s'observent fréquemment : tantôt ce sont des paralysies, monoplégies, hémiplégies, paraplégies, tantôt des mouvements choréiques, tantôt des tremblements polymorphes.

Il est de règle de trouver encore des troubles de la sensibilité ; presque toujours on constate une anesthésie complète, superficielle ou profonde, limitée à une moitié du corps (hémianesthésie), ou à la racine des membres, « en manche de veste ou en gigot » ; quelquefois on ne rencontre que de l'anesthésie pharyngée (H. Huchard). Enfin une mention spéciale doit être réservée à l'état mental : tandis que la femme hystérique est d'ordinaire gaie, enjouée, vaporeuse, l'homme est triste, sombre et taciturne ; certains malades sont hébétés, déprimés, neurasthéniques en un mot.

Quelques auteurs (Debove et Achard, L. Guinon), frappés de la diversité des causes de cette névrose et de la multiplicité de ses manifestations, avaient pensé que les hystéries toxiques étaient symptomatiques de l'intoxication provocatrice et faisaient partie de son cadre clinique. Pour eux, il y aurait autant d'hystéries qu'il y a d'intoxications capables d'en provoquer la genèse. Cette opinion a été vivement combattue par l'Ecole de la Salpêtrière. Suivant M. Charcot, l'affection, quelle que soit son origine, garde toujours son unité et son individualité. Mais il n'en reste pas moins ce fait acquis, que la cause occasionnelle exerce une très grande influence sur la forme des accidents, et que les manifestations de la névrose auront tendance à simuler celles de l'agent toxique qui a joué le rôle de provocateur. C'est ainsi que, chez un syphilitique, l'hystérie pourra simuler la céphalée ou l'hémiplégie spécifiques ; de même, chez un saturnin, elle donnera lieu à une paralysie du membre supérieur, limitée aux extenseurs, etc. Je n'insiste pas sur ces particularités, que j'ai déjà signalées dans une précédente Revue (1).

On comprend sans peine l'importance de ces faits au point de vue du diagnostic. Maintenant que l'hystérie chez l'homme est bien connue et bien décrite, il n'est plus permis d'hésiter lorsque l'on rencontre sur un malade de l'anesthésie partielle ou généralisée, du rétrécissement du champ visuel, des troubles sensoriels, etc. Le pronostic y est également intéressé, car les manifestations de l'hystérie chez l'homme ont ordinairement

(1) P. MARIE (*Progrès médical*, 1889).

(1) Voir : *Revue génér. de Clin. et de Thérapeut.*, 1890, *p.* 197.

Digitized by Google

une terminaison favorable ; mais il y a une réserve à faire en raison de la ténacité de certains accidents et de la fréquence des récidives.

Aussi le meilleur traitement serait-il le traitement prophylactique, qui consisterait à protéger les sujets prédisposés contre les causes si nombreuses susceptibles d'amener le développement de la névrose ; mais le plus souvent il est inapplicable, si l'on se trouve en présence d'une affection confirmée. On aura recours alors au traitement curatif, qu'il faudra diriger contre deux ordres de faits : contre l'intoxication d'une part, s'il y en a une, et, d'autre part, contre l'hystérie elle-même, que l'on traitera par les moyens ordinaires.

E. Tournier.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Quelques médications de la tuberculose

I. *Les injections hypodermiques et antiseptiques dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.* — II. *Pharmacologie des injections huileuses antiseptiques.* — III. *Le naphtol camphré contre les adénites tuberculeuses.* — IV. *Technique des injections intra-ganglionnaires de naphtol camphré.*

I. **Les injections hypodermiques et antiseptiques dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.** — Créosote, iodoforme, gaïacol, par la méthode hypodermique, font à nouveau parler d'eux. Leur introduction dans la phtisiothérapie n'est cependant point nouvelle. La récente communication de M. Picot à l'Académie de médecine (1), les essais heureux de M. Burlureaux, quelques articles de journaux, bref, un peu de publicité, et cela contribue à leur donner comme un regain de popularité.

Véhiculés par les huiles stérilisées, ces agents seraient-ils à la fois germicides pour le bacille spécifique et neutralisants contre ses toxines? Double vertu ; bien précieuse d'ailleurs, si sa fidélité était parfaite !

Naguère, aussi, mais avec une discrétion plus grande, on avait aussi recommandé les injections créosotées contre la diphtérie. On escomptait aussi leur action antiseptique ; il y eut des séries heureuses où les diphtériques guérissaient sous l'influence du traitement ou pendant sa durée.

Il y eut des séries malheureuses où ils ne guérissaient plus ; c'est comme cela ; victoires excessives, défaites inattendue ; les surprises thérapeutiques sont choses assez vulgaires.

Précisons : diphtérie et tuberculose ; il s'agit toujours de maladies à microbes et à toxines. MM. Gimbert, Bouchard et les autres avaient, avec quelques succès, recommandé la créosote contre la tuberculose ; pourquoi, — un jour on se le dit, — ne pas en faire l'expérience contre la diphtérie ?

En 1887, les essais datent donc d'hier, M. Legroux ordonna donc aux diphtériques de son service des injections ainsi formulées :

Huile d'olives stérilisée.....	90 grammes.
Créosote du hêtre.....	10 —

Dose : le contenu d'une seringue de Pravaz, c'est-à-dire 10 centigrammes de créosote.

Quels furent, d'après l'observation clinique, les effets de cette médication? Y avait il effet nécrophytique sur le bacille de Lœffler et par élimination du médicament par la muqueuse, à la manière des substances balsamiques, comme le copahu et le cubèbe, dont l'action élective sur la muqueuse sert d'arguments à ceux qui les recommandent contre les diphtéries laryngées ou pharyngées ? Non.

Y avait-il plutôt antisepsie et neutralisation partielle des toxines? On serait tenté de le croire sans toutefois l'affirmer. Du reste, les interprétations importent peu ; voici les faits : l'haleine perdait en partie sa fétidité, les bronchites secondaires s'atténuaient et, phénomènes dignes d'être retenus, on constatait quelques effets antithermiques.

En injections hypodermiques, la créosote a donc rendu quelques services pour diminuer l'infection diphtéritique. Il est bon de s'en souvenir à l'occasion dans les cas graves et à cette période solennelle de la maladie où on doit tout tenter.

Ce sont des services analogues qu'elle rend, comme le gaïacol, son succédané, dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Ici encore, point d'action spécifique sur le bacille de Koch ; localement, malgré le traitement créosoté, ce bacille continue son évolution ; par contre, l'état général s'améliore, le poids du corps augmente, l'état fébrile s'atténue, l'expectoration se tarit quelque peu ; bref, il y a une action thérapeutique.

Les effets, sont-ils le résultat d'une augmentation de résistance de l'organisme? Ou bien s'agit-il d'une neutralisation répétée des toxines incessamment produites par le bacille? Peu importe la théorie ; il y a indication et utilité à prescrire cette médication contre l'infection bacillaire ; voilà ce qu'il faut retenir.

Pour réaliser cette indication, la méthode des injections hypodermiques réalise donc un progrès thérapeutique, car sous cette forme médicamenteuse, la créosote, le gaïacol et leurs succédanés, sont absorbables, tolérables et maniables. Comment les formuler et les administrer ?

II. **Pharmacologie des injections huileuses antiseptiques.** — Pour la préparation du liquide injectable, le *choix du véhicule* est important. Il doit être chimiquement pur, aisément stérilisable et susceptible de dissoudre la créosote, isolément employée, ou bien, comme d'ordinaire, associée au gaïacol, à l'eucalyptol ou à l'iodoforme.

Purifiée, puis stérilisée par la chaleur, l'huile d'olive ou d'amandes douces possède ces propriétés. Elle est en effet le dissolvant presque universel de ces substances. De plus, elle possède une lente diffusibilité dans les tissus, condition favorable à l'action antiseptique, dont elle augmente la durée et assure la continuité.

Le mode de préparation des huiles antiseptiques injectables n'est point indifférent. Généralement, on stérilise le véhicule huileux contenu dans un matras de Pasteur par son exposition dans l'autoclave chauffée à

(1) Voir : *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique* 1891.

Digitized by Google

une température de 120 degrés, selon la recommandation de M. Vicario.

Inutile de rappeler encore que, selon l'usage, les produits volatils doivent être mélangés à froid au véhicule et que les substances stables comme l'iodoforme, seront dissoutes à chaud. Ce sont les règles élémentaires de la pharmacologie.

Ces solutions huileuses antiseptiques sont altérables par la lumière. On les conservera donc à l'obscurité et, cela va sans le dire, dans des flacons préalablement stérilisés.

Et les règles de leur *administration?* Les injections sous-cutanées d'huile à l'eucalyptol ou à l'iodoforme seront quotidiennes et dosées à 5 ou 10 centimètres cubes. Après un septenaire, on les suspendra pour ménager la tolérance du malade et y revenir ensuite toutes les deux semaines. Il faut en effet laisser à l'organisme le temps d'éliminer le médicament.

D'ailleurs cette médication est de longue haleine et, on ne doit pas l'oublier, son efficacité dépend de la continuité et de la répétition des doses, mais non de leur excessive élévation.

On connaît les formules classiques de l'huile créosotée et celle que M. Gimbert (de Cannes) conseille de préférence (1).

Voici celles plus récente dont le gaïacol et l'iodoforme sont les principes actifs.

Celle dont M. Picot fait usage et qui, à d'autres mérites près, possède du moins celui de représenter une heureuse association de médicaments antiseptiques. J'ai déjà fait connaître à cette place les motifs pour lesquels il a substitué le gaïacol à la créosote; je n'y reviens pas (2).

Huile au gaïacol iodoformé (Picot) :

Gaïacol	5 grammes
Iodoforme	1 —
Huile d'olives stérilisée	q. s. pour
Vaseline liquide	100 cent. cubes.

M. Pignol associe l'iodoforme et l'eucalyptol au gaïacol :

Huile au gaïacol et à l'eucalyptol iodoformés (Pignol) :

Eucalyptol	10 grammes
Gaïacol	5 —
Iodoforme	1 —
Huile d'olives stérilisée	q. s. pour 100 cent. cubes.

Cette association d'antiseptiques n'est point, comme on l'a dit à tort, « un luxe pharmacologique ». On sait que les antiseptiques se complètent et que leur action s'additionne. Il y a donc avantage à les prescrire en mélange, c'est pourquoi Morel Lavallée ordonne, lui aussi, simultanément l'eucalyptol, le gaïacol et l'iodoforme :

Eucalyptol	12 grammes.
Gaïacol	5 —
Iodoforme	4 —
Huile d'olives stérilisée	q. s. pour 100 cent. cubes.

(1) Voir : *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*; n° 33, 1891, p. 520.

(2) Voir *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, n° 11, 1891 p. 165.

Les injections huileuses possèdent un inconvénient, celui d'être douloureuses. On s'est donc efforcé de faire entrer dans leur composition, un agent anesthésique, la cocaïne; jusqu'ici ces essais ont été médiocrement heureux.

Seul, l'oléate de cocaïne, sel soluble dans l'huile, procure des résultats pharmacologiques moins médiocres.

L'oléate de cocaïne s'obtient en traitant la cocaïne par l'acide oléique. Cette substance, qui parait malheureusement assez mal définie, est miscible aux véhicules huileux. M. Josias, en a fait récemment l'éloge ; mais ce témoignage presque unique ne suffit pas pour lever tous les doutes et calmer tous les scrupules.

L'usage répété des injections sous-cutanées de cocaïne est-il exempt de danger? On se le demande après des accidents consécutifs aux anesthésies chirurgicales par la cocaïne?

En tout cas, la formule suivante a besoin d'être cliniquement contrôlée et, si je la reproduis, c'est sous toutes réserves :

Huile d'olives stérilisée	8 cent. cubes.
Oléate de cocaïne	0,01 centigr.
Créosote du hêtre	1 gramme.

Cette dose est celle, paraît-il, que M. Josias administre tous les deux jours aux phtisiques, à l'aide de la seringue de Roux, et après avoir pratiqué le lavage antiseptique de la région cutanée servant de lieu d'élection à l'injection. Après trente injections, il en cesse l'usage pour y revenir après un intervalle plus ou moins prolongé.

Malgré cette précaution, la méthode, est loin d'offrir une absolue sécurité. Les thérapeutistes prudents ne l'ignorent point et, à coup sûr, en éviteront l'abus.

III. — **Le naphtol camphré contre les adénites tuberculeuses.** — Le gaïacol n'a pas été employé contre les tuberculoses ganglionnaires par MM. Diamantberger, Pignol et Picot, les avocats si chaleureux de son administration aux phtisiques. Il en est autrement de la créosote. Naguère M. Bouchard la recommandait contre ces adénites et en obtenait des résultats un peu trop oubliés.

Depuis, on s'est adressé plus volontiers à l'iodoforme; récemment à la pyoctanine, dont l'action germicide est cependant modeste; à la cantharidine dont Guttman, Leblucki, Hazfeld ont énuméré les inconvénients, bien connus d'ailleurs avant eux : irritation douloureuse locale, anurie, hématurie, albuminurie, etc. ; enfin on s'est adressé au salol isolément employé, ou en association avec le camphre.

Le naphtol camphré doit, pense-t-on, remplacer utilement ces agents. On a noté sa puissance antiseptique dans le traitement de l'anthrax, des gangrènes (Reboul), des fistules rebelles (Pouillot), des ulcérations tuberculeuses (Schwartz), des laryngites et des pharyngites tuberculeuses (Fernet)... Aujourd'hui, sa vertu curative est mise à l'épreuve contre les tuberculoses ganglionnaires dans le service de M. Perier, et M. David a consacré sa thèse inaugurale au manuel opératoire et aux indications de son emploi contre ces adénites.

Digitized by Google

Moins toxique que l'iodoforme, le naphtol camphré s'élimine plus lentement que les autres antiseptiques quand on l'injecte dans les tissus. Ce sont là des avantages, surtout quant il s'agit d'adénites tuberculeuses au début, ou, plus tard encore, d'adénites de même nature ulcérées et suppurées.

Après l'injection sous-cutanée de naphtol camphré, le malade accuse, dans la bouche, la saveur du camphre et cette saveur persiste pendant deux ou trois jours. N'est-ce pas là une preuve clinique de la durée prolongée de l'élimination? Le médicament s'élimine aussi par l'urine, témoin les réactions de ce liquide en présence du chloroforme et de la potasse caustique, n'est-ce pas là une démonstration de pénétration à l'état libre et inaltéré dans le torrent circulatoire, condition toujours favorable à l'action antiseptique d'un agent antiseptique.

Mais les injections de naphtol camphré ne sont point dépourvues de tout inconvénient. Quel est d'ailleurs le médicament et la médication qui en sont exempts? Elles sont assez douloureuses et l'intensité de la douleur, cela va sans dire, varie suivant l'impressionabilité nerveuse du malade.

Une fois, M. Reboul a vu un zona se développer, après l'injection, sur le trajet des nerfs sus-acromial et sus-claviculaire. C'est que, d'après M. David, il y avait eu piqure du cordon nerveux.

Enfin, parfois on a noté des suppurations consécutives aux injections? Eh bien! dans ces cas, toujours d'après M. David, c'est la mauvaise préparation du médicament et non pas le médicament lui-même, qu'il faut incriminer.

Au demeurant, après avoir établi la balance de ces avantages et de ces inconvénients, il convient donc avant tout essai de s'assurer de la pureté absolue du liquide injectable, et de refuser tout naphtol camphré préparé par addition d'eau ou d'alcool.

IV. Technique des injections intra-ganglionnaires de naphtol camphré. — Comment pratiquer ces injections?

Le siège du ganglion tuberculeux étant nettement reconnu, on antiseptisera rigoureusement la peau qui les recouvre par une lotion savonneuse et une lotion au sublimé.

Les mains de l'opérateur seront aseptiques. La seringue, une seringue de Pravaz, — au besoin celles d'Anel ou de Koch, et les aiguilles seront lavées à l'eau phéniquée forte et avant l'injection ces dernières seront flambées.

Il importe enfin que ces aiguilles soient résistantes, de bon acier et finement effilées.

Les préparatifs sont terminés : comment opérer ?

Ce manuel opératoire variera suivant la dureté du ganglion, l'état d'ulcération de la peau ou de suppuration de la tumeur.

Le *ganglion est dur, non ulcéré et non suppuré?* On l'immobilise entre deux doigts; on tend la peau pour éviter les vaisseaux et on enfonce l'aiguille dans la masse ganglionnaire. Une aspiration légère permet de reconnaître la présence ou l'absence du pus. On retire la seringue; on la charge de liquide et on injecte à raison de deux à trois gouttes de naphtol.

La *dose* du liquide variera suivant le volume de la tumeur: II à VIII gouttes, sans dépasser cette quantité, dont l'excès provoquerait une douleur et une irritation trop vives. Il est utile de se rappeler qu'en raison de la différence des densités entre celle du naphtol camphré et le poids spécifique de l'eau, servant à étalonner les seringues de Pravaz, une division de cette dernière, graduée à un vingtième, correspond à deux gouttes du médicament.

L'opération est terminée : on retire l'aiguille et on panse la piqûre avec l'ouate hydrophile et le collodion.

Le *ganglion est-il suppuré, mais non ulcéré?* La consistance du pus peut être un obstacle à l'aspiration. Dans ce cas, après une ponction sans résultat avec l'aiguille ordinaire, on évacue le pus avec le trocard n° 2 de l'aspirateur de Potain et on injecte V à VII gouttes du liquide médicamenteux.

La *peau est inflammée et le ganglion suppuré?* Une ponction minime donnera issue au pus; un lavage antiseptique détergera la poche purulente et procédera l'injection du naphtol camphré. On terminera par un pansement antiseptique, occlusif et contentif.

Enfin, le *ganglion est suppuré et la peau ulcérée?* La ponction est inutile; on détergera la cavité, on y introduira, en manière de pansement, de l'ouate trempée dans le naphtol camphré et on terminera par un pansement modérément compressif.

Existe-t-il *plusieurs ganglions tuberculeux*, dont les lésions sont *à des degrés divers d'avancement*? Faut-il traiter d'abord le ganglion suppuré et attendre sa guérison pour traiter les autres? Non, à moins d'une différence considérable dans leur volume respectif. Alors on traitera d'abord le plus volumineux, car sous l'influence du traitement on a vu (Nélaton, Bouchard) les plus petits s'atténuer à mesure que les plus gros guérissaient.

Le *nombre des injections* est également variable. Une seule peut suffire pour provoquer la résolution d'un ganglion récent. Faut-il en pratiquer plusieurs? Il sera bon de les espacer, à une distance d'une semaine au moins, l'absorption et l'élimination du médicament étant toujours lentes à se produire. De plus les symptômes réactionnels, le gonflement inflammatoire, la douleur et la gêne sont des motifs pour éloigner encore plus les injections, s'il est nécessaire.

Que se passe-t-il après l'injection? Une réaction inflammatoire (Bouchard), une multiplication des éléments du tissu conjonctif et un processus sclérogène, suivi de l'atrophie de la masse ganglionnaire. Que le ganglion soit suppuré ou non, ces phénomènes sont identiques et débutent dans l'espace d'une heure à vingt-quatre heures après l'opération; il est bon de retenir ce fait et de ne point se hâter de considérer ces phénomènes curateurs comme des complications ou des accidents opératoires.

Et maintenant, si on me demande quelle est la *valeur thérapeutique des injections intraganglionnaires de naphtol camphré*, je répondrai par la statistique. M. David a, dit-il, observé 21 cas d'adénite tuberculeuse traités par cette méthode. Il y eut dans cette

Digitized by Google

série : 16 guérisons (ganglions durs 7, suppurés 4, ulcérés 5), et 10 améliorations (ganglions durs 8, suppurés 2).

De plus, les ganglions récents non suppurés et les ganglions ulcérés, quel que soit leur âge, ont paru guérir plus rapidement que les ganglions suppurés anciens ou récents.

Au demeurant, ce bilan thérapeutique se solde à l'actif de la méthode des injections de naphtol camphré qui réaliserait, pour les ganglions tuberculeux, les succès que la méthode des injections péri-articulaires de chlorure de zinc revendique, depuis quelques semaines et dans les travaux de M. Lannelongue, pour les tuberculoses articulaires.

L'une et l'autre provoquent un processus sclérogène : les moyens sont différents; l'objectif de leurs inventeurs a été au début également différent; soit, les résultats le sont moins.

Par sa méthode, M. Lannelongue prétend emprisonner le bacille et étouffer les tubercules dans une atmosphère scléreuse ; par le procédé de M. Périer et les injections de naphtol camphré, voilà que l'on provoque aussi un processus de sclérose. En effet, à l'examen anatomique des ganglions tuberculeux injectés depuis quelque temps, d'après M. Reboul : « point de bacilles, » point de nodules tuberculeux, mais une prolifération » conjontive très active avec de nombreux faisceaux » fibreux. »

Devant ce témoignage anatomo-pathologique, un doute vient à l'esprit. Est-ce seulement à la vertu germicide du naphtol camphré qu'il faut attribuer, comme on l'a fait d'abord, ces succès thérapeutiques? Ou bien son action sclérogène ne peut-elle pas, à juste droit, les revendiquer ?

On ne le dit pas assez. Au reste, cette question doctrinale, à laquelle s'annexerait peut-être aussi une question de priorité, offre un médiocre intérêt pratique.

Je ne chercherai pas à la résoudre (1), mais en présence des résultats annoncés par M. David et obtenus par M. Périer, je conclus, sans effort, à l'utilité de mettre à l'essai les injections intraganglionnaires de naphtol camphré contre les adénites tuberculeuses, quand les adénites sont rebelles aux médications mieux éprouvées et plus usuelles, par les iodiques et les mercuriaux.

CH. ELOY.

(1) CH. ELOY. La médication sclérogène de la tuberculose (*Revue gén. de clin. et de thérapeut.*, 1891 n° 29, p. 445).

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

CHIRURGIE

Sur l'antisepsie de l'urèthre, par MM. PETIT et WASSERMANN. — Les chirurgiens sont arrivés à pratiquer l'antisepsie complète des régions où ils opèrent. Dans la bouche et le nez, notamment, elle n'est qu'imparfaite ; il en est de même du canal de l'urèthre (*Ann. des mal. des org. genito-urinaires*. Juillet 91).

La désinfection des instruments peut être obtenue. Mais contrairement à ce que croient beaucoup de chirurgiens, les voies urinaires ne peuvent être rendues aseptiques. Pour le prouver, les auteurs ont opéré sur une douzaine de malades, en commençant par faire des cultures dans du bouillon inoculé avec la sécrétion de l'urèthre. Puis, après avoir fait un lavage de l'urèthre avec de l'eau bouillie ou de l'eau boriquée ou de la solution de nitrate d'argent à 1 pour 1,000, lavages prolongés durant 30 minutes et dans lesquels on faisait passer 2 litres de liquide, ils ont constaté qu'un explorateur laissé quelques secondes en contact avec la muqueuse uréthrale inoculait un tube bouillon et qu'au bout d'une semaine toutes les cultures étaient semblables. Ils en concluent que les lavages antiseptiques ordinaires que l'on fait dans l'urèthre ne peuvent pas assurer l'antisepsie complète du canal. P. C.

Nettoyage, blanchiment et antisepsie des éponges, par M. ROESER. — Ce procédé consiste à remplacer le permanganate de potasse ou l'hyposulfite de soude par l'eau bouillie. (*Arch. de méd. et de pharm. mil.*, août 1891).

En voici la technique : lavage des éponges dans l'eau distillée, chauffée de 45 à 50°, contenant par litre vingt gouttes de soude de la solution caustique au dixème. On les presse et on les plonge dans l'eau bromée obtenue elle-même par le mélange de 30 grammes d'eau saturée de brome avec un litre d'eau distillée.

On laisse les éponges dans l'eau jusqu'à décoloration de celle-ci; puis on les exprime et on recommence une fois ou deux le même traitement. Finalement, nouveau lavage dans l'eau alcalinisée et enfin dans l'eau distillée.

On les asepsise ensuite avec la liqueur de van Swieten acidifiée avec trois gouttes d'acide chlorhydrique par litre.

L'asepsie de ces éponges paraît parfaite. Ensemencés dans des bouillons stérilisés, leurs fragments ont été stériles.

S. R.

De l'administration de la cocaïne en chirurgie, par M. MAGITOT. — Il importe, dans la pratique chirurgicale, d'observer les précautions suivantes pour en obtenir des résultats analgésiques sans provoquer d'accidents. (*Journal de pharmacie et de chimie*, 1er juillet 1891).

La dose de cocaïne injectée sous la peau doit être proportionnelle à l'étendue de la surface à analgésier et ne dépasse, dans aucun cas, 8 à 10 centigrammes, réservée aux grandes surfaces opératoires.

La cocaïne ne devra jamais être employée chez les cardiaques, dans les affections chroniques des voies respiratoires et chez les névropathes avérés. Elle sera injectée *dans l'intérieur* et non *sous* le derme des muqueuses ou de la peau. C'est la méthode *intradermique* substituée à la méthode *hypodermique*. On évitera ainsi l'introduction de la substance dans les veines, cause d'un certain nombre d'accidents observés.

L'injection devra toujours être pratiquée chez un sujet *couché*, sauf à le relever s'il s'agit d'une opération sur la tête ou dans la bouche.

La cocaïne devra être d'une pureté absolue, certains mélanges avec d'autres alcaloïdes, étant d'une nature particulièrement toxique.

La cocaïne employée dans une injection analgésique devra être *fractionnée* de manière qu'une première introduction partielle soit suivie d'un temps d'arrêt de quelques minutes. Cette suspension servira d'épreuve et permettra d'observer s'il se produit des effets toxiques, dont l'apparition est, comme on sait, immédiate. *C'est la méthode des injections fractionnées.*

Employée ainsi la cocaïne présente, sur les anesthésiques ordinaires, des avantages sur lesquels il est inutile d'insister : absence d'effets généraux, de période d'excitation, de perte de connaissance, possibilité des opérations sans le secours d'aucun

Digitized by Google

aide, l'intervention opératoire étant *consécutive* et non *simultanée* à l'introduction de l'agent anesthésique. Enfin, la durée de l'effet anesthésique de la cocaïne est suffisante. N. D.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

GYNÉCOLOGIE

Traitement du prolapsus utérin chez la vieille femme

Par M. le Dr L. Picqué
Chirurgien des hôpitaux de Paris

Les notions récemment acquises sur la pathogénie du prolapsus utérin ont conduit à un traitement rationnel de cette affection. Augmentation de poids de l'organe, relâchement des ligaments suspenseurs et du plancher pelvien, tels sont les facteurs pathogéniques qui fournissent autant d'indications thérapeutiques et de procédés opératoires. Le plus souvent, à part de rares exceptions, il y a coexistence des 3 facteurs pathogéniques, d'où la nécessité, le plus souvent, pour guérir le prolapsus, d'alléger son volume par une amputation du col ou l'ablation d'un fibrome, de le suspendre pour remédier à l'insuffisance de ses moyens de suspension, de reconstituer enfin le plancher périnéal pour lui fournir un point d'appui qui lui manque par le fait du relâchement vulvo-périnéal. Il est donc indispensable sous peine d'échec, de remplir simultanément chacune de ces indications, et c'est là la pratique que nous suivons depuis plusieurs années déjà à l'hôpital Pascal pendant le cours de nos remplacements.

La première indication peut impliquer diverses opérations en rapport avec les diverses causes susceptibles d'augmenter le volume de l'utérus.

La troisième indication nécessite la vulvo-périnéorraphie, mais la coexistence du prolapsus vaginal entraîne le plus souvent pour le chirurgien, l'obligation de pratiquer en même temps la colporraphie postérieure et souvent l'antérieure.

La deuxième indication peut être remplie de diverses manières. M. Terrier a chaudement préconisé l'hystéropexie comme moyen de fixation : sans entrer actuellement dans le fond du débat, qui s'est élevé à cet égard, nous rappellerons que Trélat n'admettait cette opération que dans les cas d'utérus allongés et lourds, contre lesquels l'alexander est impuissant. Pozzi lui-même croit cette opération impuissante quand il existe un prolapsus vaginal (*Gazette Médicale*, 1888). Nous-même, nous n'hésitons pas à donner la première place à l'opération d'alexander, préférant donner à l'utérus deux points d'appui au lieu du point d'appui unique de l'hystéropexie, cette dernière opération perdant d'ailleur son principal avantage, puisque l'utérus est réductible. Mais si cette opinion, que nous avons défendue récemment dans la thèse d'un de nos élèves (M. Lacase), doit, à notre sens, être maintenue pour le prolapsus de la femme adulte, il n'en est plus de même chez la vieille femme, où l'on doit chercher d'autres moyens de suspension.

Ce que nous venons de dire, en effet, sur les indications auxquelles donne lieu le prolapsus, ne saurai être appliqué aux prolapsus de la vieille femme.

La distinction d'âge nous paraît importante et les autres n'ont pas suffisamment insisté sur ce point. C'est cette lacune que vient de remplir, en partie, mon ami et élève le Dr Lacaze (*Contribution à l'étude du prolapsus utérin chez la vieille femme.* Paris 1891).

Le prolapsus chez la vieille femme a une physionomie toute spéciale ; il constitue véritablement une hernie de faiblesse ; sa cause réside surtout dans le relâchement vulvo-périnéal ; l'effort sur lequel Trélat a si justement insisté n'intervient pas ordinairement dans sa formation.

Au point de vue anatomo-pathologique, il ne diffère pas moins du prolapsus de l'adulte ; l'utérus, loin d'être augmenté de volume, est le plus souvent atrophié ; quelquefois on le retrouve à peine dans le sac vaginal qui l'enveloppe ; par contre le prolapsus vaginal est le plus ordinairement complet ; c'est lui qui résume toute la lésion et c'est contre lui que le chirurgien doit porter ses efforts.

Le prolapsus utérin chez la vieille femme n'a le plus souvent pas d'histoire clinique ; la malade, qui a, depuis un temps variable, dépassé la période sexuelle, ne se sent nullement incommodée par ce déplacement génital, qui d'ailleurs ne provoque aucune souffrance.

Dans la classe aisée, cette maladie reste ordinairement inconnue du chirurgien ; mais il n'en est pas de même dans la population hospitalière, où le manque d'hygiène et la misère deviennent le point de départ de complications qui attirent l'attention des malades (érythème, ulcération, gangrène partielle), et ce sont ces complications bien plus que la maladie elle-même qui engagent les malades à consulter.

Il résulte de tout ceci, que contrairement au prolapsus de la femme adulte, celui de la vieille femme ne réclame ordinairement aucun traitement, pas même le port d'un pessaire, instrument incommode, malpropre et insuffisant. Mais lorsqu'il survient des complications, le chirurgien devra les combattre par un traitement approprié et en prévenir le retour par une intervention chirurgicale, s'il s'agit de malades pauvres ou peu soucieux des règles de la propreté. Les détails anatomiques et pathogéniques que nous avons indiqués succinctement vont nous dicter la règle de conduite à suivre.

L'ablation de l'utérus atrophié n'a pas de raison d'être, et sa suspension pas davantage, puisqu'il n'entre pour rien dans le déplacement ; mais on pourra s'en servir indirectement pour agir sur les parois vaginales, qui doivent constituer l'objectif du chirurgien. C'est un prolapsus vaginal et pas un prolapsus utérin, dans le plus grand nombre de cas.

Que peut faire alors le point unique de fixation de l'hystéropexie, et même l'opération d'Alexander, qui pourrait fournir indirectement un point d'appui au vagin, paraît bien aléatoire quand on songe au relâchement habituel des ligaments ronds chez la vieille femme ; les deux points d'appui qui séduisent au premier abord nous paraissent illusoires.

Digitized by Google

On comprend les tentatives de colpopexie qui ont été tentées pour remédier à ces *desiderata*. Mais les procédés indiqués par Pozzi, dans son livre, doivent retomber dans l'oubli, car ils sont incertains et dangereux. Aussi ai-je eu l'idée de recourir à la colpopexie indirecte, véritable colpo-hystéropexie, puisque j'agis en réalité sur l'utérus ou plutôt sur le moignon utérin. Ne pouvant compter sur les ligaments ronds pour élever ce moignon utérin, j'ouvre la cavité péritonéale de chaque côté au premier temps de l'opération d'Alexander. J'attire l'utérus dans la plaie où je fixe d'un côté la corne utérine correspondante; de l'autre je fixe l'aileron moyen ou le ligament utéro-ovarien. De cette façon le prolapsus vaginal est complètement corrigé et l'opération peut se borner à cette fixation quand le plancher périnéal a exceptionnellement conservé sa résistance.

Je n'insisterai pas davantage sur le manuel opératoire qui se trouve exposé dans la thèse du docteur Lacaze. On pourrait craindre *a priori* la production de troubles vésicaux consécutifs; mais cette crainte, qui pourrait être justifiée dans le cas de gros utérus, ne l'est pas dans le cas qui nous occupe. Les trois malades que j'ai opérées de cette façon et dont l'observation est relatée dans cette thèse n ont jamais manifesté de troubles vésicaux.

Il ne saurait pas davantage être question ici de l'influence que pourrait exercer cette fixation très élevée sur l'évolution d'une grossesse ultérieure.

Le résultat orthopédique a été également excellent: chez l'une d'elles, le plancher périnéal n'avait pas été reconstitué pour les raisons indiquées plus haut.

Nous avons cependant dit que cette restauration nous paraissait indiquée comme complément opératoire dans la majorité des cas.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'Association syndicale des médecins de la Seine

Un groupe important de confrères parisiens vient de fonder une association syndicale dans le but de défendre énergiquement les intérêts moraux et professionnels de ses membres. Cette tentative légitime, et j'ajouterai courageuse, a provoqué, paraît-il, des critiques violentes et regrettables dans quelques feuilles de la presse extra-médicale.

M. Launay secrétaire de cette Association, nous adresse la communication suivante, pour laquelle il demande au *Journal des praticiens* l'hospitalité de ses colonnes. Nous l'en remercions et nous sommes heureux de témoigner ainsi à notre distingué confrère et à ses courageux collègues, notre vive sympathie.

« Lesmédecins du département de la Seine viennent de fonder une Association analogue aux Associations fondées par les médecins étrangers et par les médecins de province, sous le nom d'Association syndicale professionnelle des médecins de la Seine. Elle a été autorisée par arrêté de M. le préfet de police en date du 17 juin 1891. Les syndicats des professions libérales n'étant pas encore reconnus par la loi, l'autorisation peut leur être accordée, mais seulement sur la demande d'un certain nombre de personnes des plus honorables. Ces syndicats datent même en France de plusieurs années, et ils étaient compris dans le Congrès des syndicats qui eut lieu en 1886.

» Dès que l'autorisation fut accordée, une assemblée des membres signataires désigna le bureau définitif, et le président adressa au corps médical une circulaire qui, par suite de sa concision forcée, a prêté à quelques critiques erronées ou malintentionnées.

» C'est ainsi qu'en parlant du repos du dimanche, nous n'avions aucune intention d'interdire aux médecins les visites de ce jour, mais seulement de procurer un repos souvent nécessaire, tout en donnant aux malades des facilités plus grandes de trouver un médecin les jours fériés. Ce résultat peut être obtenu par un groupe de confrères s'entendant pour qu'il y en eût toujours un de garde — si l'on me permet le mot —, ce qui n'implique pas que les autres ne puissent faire des visites.

» On a dit aussi que les médecins de cette Association s'engageaient à ne faire de visites qu'aux malades payants. Nous sommes presque obligés de voir dans cette observation un intérêt personnel, car les vrais pauvres trouvent toujours un médecin, et voudrions-nous qu'ils soient privés de soins, qu'à Paris cela serait impossible avec les services organisés tels qu'ils sont. Disons même que le pauvre a intérêt à s'adresser aux médecins chargés de ces services, car il a les médicaments gratuitement. Notre désir, c'est de ne pas voir les faux pauvres abuser de nous au détriment de ceux qui sont malheureux, et ne venez pas dire qu'ils ne sont pas nombreux. La préfecture de police a été obligée de faire payer à ceux qui le pouvaient les visites de nuit. Les faux pauvres attendaient 10 heures du soir pour demander un médecin au poste de police. Les catégories de faux pauvres sont innombrables, et ils occupent souvent des positions brillantes qu'ils cherchent à dissimuler, et s'ils sont découverts, du coup ils ne possèdent plus rien, c'est leur femme qui les entretient. Nous n'insisterons pas ici, nous ne voulons donner qu'un exemple.

» Ce que cette association se propose, c'est d'amener les médecins à se réunir et à se fréquenter, et par suite à s'apprécier; nous pensons qu'ainsi cesseront ces tristes rivalités qui se voient trop souvent entre confrères voisins, et naissent toujours d'un malentendu. C'est aussi de leur permettre de discuter toutes les questions qui peuvent les intéresser, et qu'il serait trop long d'énumérer. C'est, mieux encore, de leur permettre d'assurer leur avenir et celui de leur famille.

» Et en cela nous ne voulons point faire de concurrence aux sociétés déjà fondées et qui ont rendu de grands services: l'Association générale des médecins de France, l'Association des médecins de la Seine, le Concours médical, l'Association médicale mutuelle contre les maladies; nous espérons au contraire leur apporter un aide précieux, tout en leur demandant l'appui confraternel que mérite notre jeune société.

» Nous ne sommes pas une association de combat, nous sommes une association de concorde, nous ne formons pas un corps doctrinaire, nous demandons que chacun vienne discuter son opinion pour la faire prévaloir. Nous n'éliminons que l'homme taré, ce qui doit être bien rare dans le corps médical.

» Si nous ne pouvons remédier à tous les maux, nous nous efforcerons de les soulager; plus l'entreprise est difficile, plus il faut d'entente. Et pour cela il est nécessaire que certains de nos confrères veuillent mettre de côté leur timidité et sachent bien qu'ils ont tout intérêt à se réunir à nous pour résoudre les questions qui les intéressent.

» Nous souhaitons que ceux qui n'ont plus besoin d'aide se souviennent de leurs débuts, et songent aux revers qui peuvent survenir, que ceux qui jouissent d'une situation privilégiée, comprennent que la fortune et les honneurs les obligent envers les moins heureux. Et nous espérons fermement que nous arriverons à former une association durable, les uns apportant leur bonne volonté, les autres leurs conseils et leur expérience.

» Dr Launay,

» *Secrétaire général de l'Association syndicale*
» *des médecins de la Seine.* »

Digitized by Google

Très bien, cher confrère ; en matière professionnelle, l'union des praticiens peut beaucoup. Qu'ils agissent par eux-mêmes, mais qu'ils n'escomptent pas trop l'appui problématique de ceux dont les intérêts ne sont plus les leurs.

L'Evangile répète ces belles paroles du Christ : aidez-vous les uns les autres. C'est la divise de la charité. Ne serait-il pas temps d'y ajouter : aidez-vous vous-même, et le moment viendra où, *volentes aut nolentes*, les demi-Dieux de la médecine seront obligés de vous aider. Cette devise est celle de la solidarité. Nos confrères l'ont compris, et le prouvent ; on doit les remercier de leur ferme initiative et les encourager. Le *Journal des praticiens*, n'y manquera point ni à Paris ni ailleurs.

CH. E.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

MÉDECINE

I. **Traitement des accidents secondaires de la syphilis par l'europhène.** — Cet agent préconisé récemment comme un antiseptique supérieur à l'aristol et à l'iodoforme, est l'iodure d'isobutylorthocrésol iodé.

M. Eichoff le prescrit en injections hypodermiques huileuses pour combattre les accidents syphilitiques secondaires et cette médication utilise la mise en liberté de l'iode au contact des liquides alcalins de l'organisme :

Europhène	1 gramme
Huile d'olives stérilisée	100 grammes

Dose : injecter quotidiennement sous la peau le contenu d'une demi à une seringue de Pravaz, soit un demi à un centimètre cube de la solution huileuse.

En même temps, s'il y a lieu, pansement des ulcérations spécifiques avec la vaseline à l'europhène :

Europhène	1 gramme
Vaseline	50 grammes

F. s. a. pour une pommade.

A une dose plus élevée, l'europhène à l'extérieur provoque l'irritation de la peau et un érythème.

On peut encore panser les ulcérations spécifiques avec la poudre d'europhène.

II. **Pommade contre les hémorrhoïdes.** — On connaît les propriétés hémorrhagipares de l'antipyrine, et les expériences d'Hénocque, Huchard et autres les démontrent. De là son emploi contre les hémorrhoïdes fluentes.

Dans ce cas, il est utile de l'associer à un antiseptique peu soluble, mais actif, comme le salol ; on peut alors utilement formuler la pommade suivante :

Antipyrine }	ãã 2 grammes
Salol }	
Extrait de belladone	0 gr. 10
Vaseline	15 grammes

Cire : q. s. pour donner à cette pommade une consistance suffisante.

Introduction dans l'anus, deux à trois fois par jour, de la grosseur d'une noisette de cette pommade.

Ou bien on ordonnera des suppositoires à l'antipyrine :

Antipyrine }	ãã 0 gr. 30
Salol }	
Extrait de belladone	0 gr. 01
Beurre de cacao et cire	q. s.

Pour un suppositoire de ferme consistance. Trois à quatre par jour.

STOMATOLOGIE

III. **Traitement des hémorrhagies dentaires.** — Ici encore on peut faire usage de l'antipyrine en poudre dont on connait les propriétés hémostatiques. Cependant, il est plus aisé pour le malade d'employer des gargarismes astringents.

Avec M. Viau, on a donc prescrit le suivant pour arrêter les hémorrhagies dentaires consécutives à l'extraction :

Chloroforme	4 grammes
Tanin }	ãã 2 —
Menthol }	
Teinture de ratanhia	25 —
Eau bouillie	500 —

N. D.

REVUE DES LIVRES

Pathologie et traitement des maladies de la peau (Leçons à l'usage des praticiens et des étudiants), par le Dr MOREZ-KAPOZI ; traduction avec notes et additions, par MM. E. BESNIER et DOYON (2e édition, Paris, 1891, G. Masson).

Il y a dix ans, la première édition française de cet ouvrage était plus qu'un évènement bibliographique. On s'en souvient. La publication de cette deuxième édition doit-elle devenir enfin le point de départ d'un rayonnement moins pâle de l'enseignement dermatologique français ? Oui, si on s'en tient à ce livre lui-même, et surtout aux savantes additions au moyen desquelles M. E. Besnier a donné, à côté des doctrines de l'Ecole de Vienne, comme un exposé des idées et des travaux dont l'originalité et la fécondité sont l'honneur de la dermatologie française contemporaine. Non, hélas ! si on mesure le peu de chemin parcouru dans la voie des réformes de l'enseignement officiel depuis l'année 1881 et malgré les avertissements si sages que M. E. Besnier faisait entendre, à cette époque, dans une préface que tout le monde a lue, mais qu'hélas ! on a trop mis en oubli dans le monde où officiellement on s'occupe de la renommée scientifique de la France !

M. E. Besnier exprimait alors le patriotique regret de voir l'Ecole de Vienne monopoliser l'enseignement international de la dermatologie. Aujourd'hui, avec une sincérité égale à la vaillance de sa plume, il constate encore, hommage rendu à la vérité, mais cruelle humiliation pour la Faculté de Paris, que malgré les efforts de l'initiative privée, les étudiants vont toujours à Vienne, oublieux du chemin de l'hôpital Saint-Louis et, j'ajouterai, de l'Hôpital du Midi, que leurs anciens arrivaient à suivre.

Des conditions magnifiques : installation, richesses cliniques, valeur du personnel médical, dévouement aux élèves : tout cela se trouve à Paris. Les élèves étrangers manquent ; les étudiants français ne sont point en nombre suffisant. Pourquoi ?

Ce n'est point dans une analyse bibliographique, forcément concise, qu'il convient d'aborder cette question. Nous y reviendrons dans quelques jours, et, dans ces colonnes, nous essayerons de faire connaitre les raisons mystérieuses, si mystère il y a, qui, depuis dix années, empêchent la création si urgente de l'*Institut dermatologique de l'Hôpital Saint-Louis*.

Depuis dix années, la situation s'est aggravée. M. E. Besnier semble le constater avec le calme d'une conviction sincère que le lecteur partagera certainement à la lecture de ces pages si profondément tristes et si cruellement éloquentes.

Revenons au livre de Kaposi : on sait que cet ouvrage est international, qu'on le lit dans toutes les Ecoles d'Allemagne, et que les dermatologistes russes, anglais et américains s'en

Digitized by Google

inspirent. Les étudiants et les médecins français ont donc tout intérêt à le connaître.

C'est là l'originalité de l'œuvre que M. Besnier a su mener à bien en « réunissant dans un même livre, en même temps que » l'Enseignement de l'Ecole nationale, l'enseignement donné » par les Ecoles étrangères », cela au moyen d'*appendices* et de *notes*, expressions trop modestes pour désigner des chapitres additionnels dont l'étendue totale égale celle du texte de l'auteur autrichien.

Parmi ces chapitres additionnels, citons au hasard les suivants: l'*emploi et la technique des bains*, l'*enveloppement par le caoutchouc*, le *traitement des hypéridioses*, les *érythèmes*, les *séborrhées*, l'*urticaire*, le *traitement du zona*, le *pityriasis*, le *lichen*, l'*eczéma chronique* et *séborrhéique*, le *pemphigus et les pemphigoïdes*, la *sclérodermie*, les *pelades*, l'*alopécie*, les *myomes cutanés*, etc., etc., et surtout les *lupus* dont M. Besnier avait qualité, plus que tout autre, pour exposer magistralement les médications et faire justice d'erreurs thérapeutiques retentissantes (1).

L'éminent dermatologiste est de ceux qui ne séparent point la science et la pratique. Il le prouve par ce livre, comme il l'a montré depuis tant d'années par son enseignement quotidien. Les lecteurs de ces deux gros volumes l'en remercieront; mais tous, aussi, avec ses élèves, ses amis et ses admirateurs, formuleront le regret qu'au lieu d'annoter un ouvrage autrichien, MM. E. Besnier et Doyon n'aient point consacré leur plume vaillante à écrire un traité français de dermatologie.

CH. ELOY.

Etude sur l'épididymite syphilitique secondaire, par M. le Dr Jean CUILLERET (Paris, 1891. O. Doin).

Ce travail est à la fois le travail d'un érudit et celui d'un observateur. Après un historique très complet, où figurent, à la suite les uns des autres, tous les auteurs qui ont parlé de la question, et où il est rendu à chacun suivant ses œuvres, M. Cuilleret ne publie pas moins de 80 observations d'épididymite syphilitique secondaire dont bon nombre lui sont personnelles. L'exposé des symptômes arrive comme la conclusion naturelle et motivée de cette imposante entrée en matière.

Lyonnais, M. Cuilleret réclame pour l'Ecole de Lyon l'honneur d'avoir établi l'existence et les symptômes de l'épididymite syphilitique; c'est, en effet, à une époque où Record et Diday niaient son existence que Doin publia, dans les *Archives générales de Médecine* de 1883 son travail sur l'épididymite syphilitique ou tumeur syphilitique de l'épididyme, où il établissait que l'épididyme peut être atteint seul à la période secondaire de la syphilis, alors qu'il n'existe chez le malade ni blennorrhagie ni altération du testicule lui-même. Depuis lors, les travaux sont nombreux qui ont confirmé l'existence de l'épididymite secondaire, et les syphiligraphes les plus autorisés figurent au nombre de ses partisans : Fournier, Mauriac, Diday, Jullien, etc., etc.

La lésion constitutive de l'affection serait limitée au tissu conjonctif péricanaliculaire de l'épididyme ; c'est une v ritable épididymite interstitielle.

La marche est ordinairement chronique; la lésion est souvent bilatérale et limitée à la tête de l'épididyme; elle est constituée par un seul noyau peu volumineux, allongé ou rond, formé par l'agglomération d'indurations de consistance uniforme et disposées en cercles concentriques. Le plus souvent la tumeur est détachée du testicule. Il n'y a pas de douleurs spontanées et il est de règle que la pression reste indolente.

L'affection peut quelquefois prendre une forme aiguë ou subaiguë; mais c'est rareté. L'épididyme peut se prendre deux à trois mois après l'apparition du chancre.

La marche naturelle est essentiellement lente, mais la réparation se fait ordinairement avec une très grande rapidité sous l'influence du traitement spécifique.

Le testicule, la vaginale peuvent quelquefois être touchés en même temps que l'épididyme; le testicule, le scrotum, le cordon restent indemnes; les fonctions génésiques restent intactes.

L'épididymite blennorrhagique se distinguera facilement de l'épididymite syphilitique par l'acuité des phénomènes inflammatoires, par la localisation à la queue de l'épididyme.

L'épididymite tuberculeuse sera plus difficile à distinguer; elle aussi se localise à la tête de l'épididyme, se caractérise par les bosselures de l'organe. On aura pour s'éclairer l'irrégularité plus grande de la tumeur en cas de tuberculose, l'inégal volume des bosselures, surtout leur consistance inégale, leur ramollissement; l'envahissement du cordon, des vésicules séminales, de la prostate; la coïncidence de tuberculoses éloignées. — En cas de doute, l'institution du traitement antisyphilitique pourrait servir de pierre de touche.

Le traitement mercuriel, et surtout l'emploi combiné du mercure et de l'iodure de potassium amèneront une amélioration rapide.

Le travail de M. Cuilleret, où l'épididymite syphilitique secondaire est si complètement étudiée, contribuera puissamment à rendre de notion vulgaire une lésion encore ignorée de bien des médecins.

(1) Voir l'important et savant mémoire publié par M. E. Besnier, dans nos colonnes, au commencement de cette année (*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1891).
(N. de la R.)

CORRESPONDANCE DES DÉPARTEMENTS

A propos de l'essence de térébenthine dans la pratique rurale

Cernay (Alsace), 20 août 1891.

J'ai lu avec le plus grand plaisir l'article de M. le Dr Ch. Liégeois, sur l'essence de térébenthine (1); et je l'ai lu avec un intérêt d'autant plus vif que, moi-même, j'use, *largâ manû*, de cette essence dans ma pratique et que je cherche à en étendre l'emploi dans un grand nombre d'affections des muqueuses; car c'est là surtout qu'on obtient avec elle de beaux résultats.

M. Liégeois a énuméré tous les cas où l'essence de térébenthine rend de véritables services. Cependant un passage de son travail m'a frappé. C'est celui où il dit : « L'essence de térébenthine répandue sur l'oreiller d'un petit enfant atteint de » coqueluche atténue-t-elle les quintes de toux? J'ai cru devoir » répondre négativement à cette question qu'on m'a posée » plusieurs fois. Les enfants qui ont respiré ces minimes quantités d'essence toussent autant, aussi fort que les autres ; » l'évolution de leur catarrhe spécifique n'est en rien modifiée. »

Je crois avoir été assez heureux dans des cas de ce genre ; et je puis dire que l'essence de térébenthine m'a rendu de véritables services. Cela dépend peut être du *modus faciendi*.

Voici comment je procède. Je fais faire un mélange à parties égales d'essence de térébenthine et d'huile. Je fais frictionner, deux fois par jour, la partie antérieure et la partie postérieure du thorax, ainsi que les bras, jusqu'aux coudes, avec ce mélange. Le malade est couvert alors sur les parties frictionnées d'une légère étoffe de laine, flanelle, etc.; et il s'habille. Par les mouvements d'inspiration et d'expiration les vapeurs térében-

(1) Voir : *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 15 juillet 1891.

Digitized by Google

thinées arrivent, par les fosses nasales et la bouche, dans les bronches et y exercent leur action.

Quelle est cette action ? On sait que l'essence de térébenthine modifie la composition de l'air, elle l'ozonise. Est-ce l'ozone qui agit dans cette circonstance ? Peut-être! Je l'ignore. L'ozone est un germicide très puissant. Détruit-il le bacille de la coqueluche? C'est possible. Faut-il attribuer son efficacité à une autre action? Je n'en sais rien non plus. Je laisse à d'autres la tâche de fournir une explication Dans tous les cas, ce n'est pas à l'action de l'essence sur la peau, je l'évite autant que possible. Je ne veux pas de rubéfaction; c'est pourquoi je l'unis à l'huile pour empêcher son action trop vive sur le tégument. Vous me direz sans doute que c'est une modification de la vaporisation de l'essence dans un récipient chauffé. Peut-être. Mais ce procédé ne force pas les enfants à rester enfermés dans une chambre pendant tout le temps de la vaporisation. Ils peuvent aller se promener à l'air libre, et ils portent leur médicament sur eux.

Quoi qu'il en soit du mode d'action de l'essence de térébenthine, permettez-moi de citer deux ou trois exemples qui montreront ses services dans la coqueluche et la bronchite.

Au mois d'avril 1886 je fus appelé auprès d'une petite fille de six ans environ, atteinte de pneumonie. Les parents de l'enfant habitent la commune de Berrwiller, à six kilomètres de ma résidence. En entrant dans la chambre, je trouve trois enfants alités ; d'abord la petite malade pour laquelle on m'avait appelé, puis deux autres plus jeunes qu'elle. La mère me dit de suite que depuis plus de 15 jours les deux plus petits enfants sont atteints de coqueluche et elle craint que la petite malade ne gagne la maladie. Je lui avoue que je partage ses craintes; mais j'ajoute que, sans éloigner les malades, ce qui présenterait de grandes difficultés, il serait possible non seulement de guérir les coqueluchoux, mais encore d'empêcher la petite pneumonique de gagner la maladie. Ne tenant pas du tout aux vapeurs térébenthinées produites par le chauffage et me souciant peu de produire une révulsion sur la peau, je fis faire des frictions d'huile térébenthinée, ne cherchant, dans ces conditions, que l'inhalation de la térébenthine par les mouvements respiratoires.

Deux jours après, allant revoir ma petite malade, je fus très étonné de voir mes petits coqueluchoux de très belle humeur, sautant et gambadant comme s'ils n'avaient rien eu. La mère me dit qu'ils ne toussaient presque plus et qu'ils ne vomissaient plus. Les petits malades avaient très bon appétit, dormaient très bien sans avoir de quintes. J'ajoute que ma petite pneumonique guérit et qu'elle n'eut pas la coqueluche.

Peu de temps après, je fus appelé à Wittelsheim, à cinq kilomètres de Cernay, chez un jeune garçon de quelques années, atteint de coqueluche, auquel notre savant confrère le Dr Ehrmann avait pratiqué à l'hôpital de Mulhouse la trachéotomie, quelques semaines auparavant, à cause du croup. Au moment où il revint dans sa famille, après sa guérison, la coqueluche régnait dans la commune et la mère de l'enfant, craignant une nouvelle apparition de l'affection diphtéritique, me demanda ce qu'il y avait à faire. Je prescrivis le liniment térébenthiné, et, quelques jours après, les quintes avaient diminué et l'enfant avait repris son entrain.

J'ai aussi employé l'essence de térébenthine dans les bronchites. J'agis de la même manière.

J'ai eu à traiter, il y a quelques temps, une personne âgée, atteinte d'une bronchite, datant de trois semaines. Cette bronchite ne voulant céder à aucun médicament et ne laissant à la malade de repos ni jour ni nuit, je fis faire, deux fois par jour, des frictions avec le liniment térébenthiné. La nuit suivante, la malade put dormir pendant plusieurs heures; la respiration redevint plus facile, et bien que la toux ne fut pas passée, cependant il y avait une certaine amélioration.

Une autre malade, atteinte aussi de bronchite, fut traitée de la même façon. Au bout de deux jours, elle se sentit beaucoup mieux, put respirer et facilement expectorer.

Un cas de ce genre s'est aussi présenté dans ma famille. Une de mes jeunes filles qui avait eu la coqueluche huit ans auparavant, fut prise d'une toux quinteuse qui se montrait surtout la nuit et ne lui laissait aucun repos. Je fis faire deux frictions avec le liniment térébenthiné. La toux diminua de suite; la malade passa de très bonnes nuits et la bronchite se dissipa sans que j'aie eu besoin de recourir à une autre médication.

Les vapeurs térébenthinées m'ont donc rendu des services dans les cas où je les ai employées. Aussi je me propose d'en continuer l'emploi dans les différentes affections des voies respiratoires.

Dr A. George.

Les cysticerques en grappe et leur traitement

Bordeaux, 24 août 1891.

Je relève dans le compte rendu bibliographique, que le *Journal des Praticiens* a bien voulu consacrer dans son numéro 31 à notre *Etude sur les cysticerques en grappe*, quelques inexactitudes, que je vous demande la permission de signaler succinctement :

L'existence des cysticerques vulgaires dans les centres nerveux est connue depuis fort longtemps; notre mémoire a trait uniquement à la forme *diverticulaire*.

Parmi nos vingt observations, il en est une qui tire son intérêt de l'examen du scolex et de la paroi vésiculaire; elle appartient vraisemblablement au *cysticercus boris* et constitue, à notre connaissance, un cas unique, digne d'être pris en considération.

Par suite d'une erreur typographique, votre collaborateur nous fait recommander la viande de bœuf très cuite comme traitement préventif du.... ténia solium. Je cite, en matière de rectification, notre dernier paragraphe :

« Nous devons, en revanche, avoir foi dans la prophylaxie, proscrire les eaux souillées par des immondices, faire nettoyer scrupuleusement les doigts des malades porteurs de ténias, diriger sans tarder un traitement actif contre les vers intestinaux, prendre enfin des mesures sévères touchant l'interdiction des viandes de bœuf ou de porc contaminées, et, au moins, recommander expressément, soit leur coction à une température de 80° à 100°, soit leur passage, si elles sont crues et pulpées, à travers les mailles d'un très fin tamis, toutes conditions suffisantes pour tuer ou éliminer les cysticerques et les œufs.

« En diminuant, par une hygiène bien comprise, les chances de l'infestation, on arrachera aux tristes perspective de la ladrerie un certain nombre de sujets et on en soustraira quelques-uns aux terribles dangers auxquels les aurait irrévocablement voués le cysticerque en grappe des centres nerveux. »

J. Sabrazes,
Interne des Hôpitaux de Bordeaux.

En insérant ces rectifications, nous sommes heureux de signaler une fois de plus, comme l'avait fait notre collaborateur, l'excellent mémoire de notre jeune collègue bordelais. Nous tenons ainsi à encourager les travailleurs de la province et à leur prouver encore, s'il est toutefois nécessaire de le faire, que toute la sympathie du *Journal des Praticiens* leur est acquise.

C'est notre manière à nous de pratiquer la décentralisation scientifique. Elle en vaut bien d'autres plus tapageuses, mais moins effectives.

N. de la R.

Digitized by Google

REVUE DES CONGRÈS

Congrès des médecins aliénistes français

(2e SESSION TENUE A LYON DU 3 AU 8 AOUT 1891)

I. Alcoolisme et paralysie générale. — II. Les aliénés persécuteurs. — III. Assistance des épileptiques.

Après que les médecins aliénistes présents, au nombre de 115, eurent procédé à la constitution du bureau et entendu le rapport sur la précédente session, le président ouvre la discussion.

I. Du rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale. — M. Rousset, rapporteur. On peut ramener à quatre principales les opinions des auteurs sur les causes de la paralysie générale :

1° Pour les uns, pas de différence entre la paralysie générale et l'alcoolisme chronique. La méningo-encéphalite, comme du reste on le croyait autrefois, est due aux excès alcooliques.

2° Pour d'autres, la paralysie générale alcoolique n'est qu'un état mental particulier, une fausse méningo-encéphalite dont elle diffère par la marche.

3° Pour d'autres, la paralysie générale et l'alcoolisme chronique sont deux états tout à fait distincts, celui-ci pouvant toutefois conduire à celle-là.

4° Pour les derniers enfin, la paralysie générale n'éclate que sur un terrain prédisposé, et l'alcoolisme est une des causes occasionnelles qui y prédisposent le mieux.

Certains malades, considérés autrefois comme alcooliques, avaient commis des excès de boisson, mais depuis le début de la paralysie générale, ils étaient donc l'*effet*, non la cause de leur maladie. Cet état d'alcoolisme récent ne doit donc pas entrer en ligne de compte dans la genèse de la méningo-encéphalite. On ne peut pas déduire de la progression corrélative de la folie paralytique que l'une de ces maladies soit engendrée par l'autre. Dans certains cas, l'alcoolisme chronique non prédisposé peut arriver, par un long processus, à la sclérose cérébrale et aboutir à la méningo-encéphalite ; mais, la plupart du temps, l'alcoolisme n'engendre la paralysie générale que sur un terrain prédisposé, vésanique, cérébral, arthritique, etc.

M. Magnan, parmi les quatre opinions émises par les divers auteurs et si clairement exposées par M. Rousset, veut en retenir deux : 1° la paralysie générale est le plus souvent le produit de l'alcoolisme ; 2° l'alcoolisme ne peut provoquer que des pseudo-paralysies générales.

Il y a deux modes de terminaison de l'alcoolisme chronique : l'un par la démence, l'autre par la paralysie générale, ainsi que tend à le démontrer l'anatomie pathologique. L'alcool, en effet, produit la stéatose et la sclérose. On trouve chez les animaux intoxiqués, même à un moindre degré que l'homme, la dégénérescence graisseuse du foie, des reins, du péricarde, de la capsule des reins et du foie, des méninges et de la plupart des organes. La sclérose diffuse enfin envahit le foie, les reins, le cœur et les méninges. L'alcoolisme compromet donc également le tissu conjonctif et le parenchyme ; il prédispose indéniablement à la stéatose et à la sclérose. Souvent c'est un seul de ces processus qui s'installe chez le malade, souvent aussi la sclérose diffuse et la stéatose n'affectent qu'un organe. On doit alors songer qu'il y a une prédisposition ; il y a aussi *l'organe le plus faible*.

Au point de vue clinique, on remarque que, chez un alcoolique chronique, quand les accidents tendent à disparaître, les facultés s'affaiblissent ; on observe de l'apathie, des étourdissements, des fourmillements dans les membres, parfois un ictus apoplectiforme ou épileptiforme, de l'inégalité pupillaire, de l'empâtement de la langue, de l'embarras dans la parole, des hallucinations, de la lypémanie, et on croit à une paralysie générale dont l'alcoolisme chronique a toutes les apparences. Mais, en peu de temps, les symptômes subaigus disparaissent et on retrouve, au début, de la démence. A l'hôpital, ces malades s'améliorent vite ; à leur sortie, ils retombent dans les mêmes accidents de paralysie générale.

Chez d'autres, d'une grande sensibilité nerveuse, les troubles intellectuels se montrent rapidement et les troubles moteurs n'apparaissent que plus tard. Ils s'améliorent vite à l'hôpital, pour retomber aussi vite à leur sortie. Ils sont prédisposés ; ce sont les héréditaires dégénérés ; chez eux, l'alcool a une action spéciale.

Ces individus présentent donc des maladies très différentes, on remarque chez eux des symptômes difficiles à interpréter ; quand ils seront mieux connus, il n'y aura plus de pseudo-paralysie générale alcoolique, terme que la clinique repousse.

On peut dire en résumé que l'alcoolisme conduit habituellement à la démence et parfois à la paralysie générale.

D'après M. Régis, l'alcoolisme n'exerce aucune influence sur la paralysie générale. Il pense au contraire que la syphilis est une cause constante de cette maladie, en dehors des conditions de prédisposition et d'hérédité toujours nécessaires.

MM. Marie et Bonnet lisent des documents statistiques d'après lesquels la plupart des intoxications peuvent être réduites à l'état d'effets, non de causes de méningo-encephalite. L'alcoolisme, la syphilis et l'hérédité forment une sorte de triade où cette dernière a la plus grande importance par rang de date et de fréquence. La paralysie générale peut être considérée comme une lésion de l'individu, mais de la race.

M. Combemale rend compte de ses expériences sur les animaux alcoolisés. Il en conclut que l'intoxication chronique donne lieu à des poussées délirantes, à de l'affaiblissement intellectuel et à des troubles musculaires se généralisant rapidement comme dans la paralysie générale. A l'autopsie, du reste, on retrouve les principales lésions caractéristiques de cette maladie, méningo-encéphalite et dilatation musculaire.

M. Charpentier, dont l'étude porte sur 735 cas, conclut de ses recherches nécropsiques : que rien ne permet d'affirmer qu'il n'existe pas de paralysie alcoolique ; que c'est chez les alcooliques que la paralysie générale est la plus fréquente, que la forme spéciale de la paralysie alcoolique est déterminée par les symptômes de l'intoxication alcoolique et que la théorie de l'intoxication qu'il a formulée à la Société médico-psychologique de Paris pour expliquer la paralysie générale, appliquée à l'alcoolisme chronique, permet de réunir tous les troubles cérébraux depuis l'ivresse jusqu'à la démence, quelle que soit la forme qu'ait revêtue l'alcoolisme (1).

M. Ladame signale l'influence de la loi suisse sur la consommation de l'alcool. La paralysie générale a notablement diminué.

Enfin, M. Camuset conclut que l'alcool influe puissamment sur la méningo-encéphalite diffuse.

M. Joffroy, s'appuyant sur des arguments tirés de l'histologie pathologique, pense que l'encéphalite initiale de la paralysie générale est parenchymateuse et non interstitielle. La lésion primitive siège dans la cellule. Or, ce fait ne peut s'expliquer sans un *locus minoris résistentiæ* qui est le résultat de l'hérédité. Quand l'alcool agit sur un individu non prédisposé, il modifie les parois vasculaires, les méninges et produit de l'encéphalite interstitielle. Mais les cellules nerveuses restent indemnes et leur mauvais fonctionnement s'explique par les conditions défavorables de nutrition dans lesquelles elles sont placées. Si l'alcoolique au contraire est prédisposé, l'alcool

(1) Voir la très remarquable leçon de M. le Dr Charpentier *Revue Générale de Clinique et de Thérapeuthique*, n° 32, 12 août 1891.

Digitized by Google

éveille la prédisposition : il y a d'abord altération vasculaire et sclérose interstitielle, puis encéphalite parenchymateuse. L'alcool est une cause puissante qui détermine l'apparition de la paralysie générale mais il ne la produit pas à lui seul. La lésion histologique constatée sur les cellules nerveuses consiste dans une dégérescence granulo pigmentaire du protoplasma des cellules, (surtout des petites) et de leur noyau.

M. Pierret est d'avis que la cellule est la première touchée. Sa lésion est rarement seule mais elle est seule indispensable, l'encéphalite interstitielle n'étant pas nécessaire. Sa présence nuit au bon fonctionnement des cellules, mais ce sont d'autres causes, parmi lesquelles l'alcool, qui altèrent le protoplasma cellulaire.

M. Magnan s'étonne que M. Pierret admette l'existence de la paralysie générale vraie sans sclérose diffuse interstitielle. C'est la première fois qu'il entend émettre cette opinion. Quand on examine le cerveau d'un paralytique général on constate les cellules granulo-graisseuses et de la sclérose dans la région motrice, mais tout autour il y a une trame conjonctive particulièrement dévéloppée. Dans le lobe pariétal, les lésions de la trame conjonctive sont très évidentes et celles des cellules existent à peine. Dans le lobe occipital, la trame conjective est seule atteinte. Les troubles de l'idéation ne sont pas aussi graves que les troubles moteurs et ne les précèdent pas toujours. La conclusion de M. Magnan est qu'à son avis la lésion caractéristique de la paralysie générale est une sclérose diffuse interstitielle.

M. Ballet se range à l'avis de M. Magnan : Il pense, en outre, qu'il y a plusieurs variétés de paralysies générales. Quant à la pseudo-paralysie générale, il considère ce terme comme permettant de classer en clinique les affections alcooliques, syphilitiques ou saturnines qui ressemblent à la paralysie générale sans préjuger de leur nature.

II. **De la responsabilité légale et de la séquestration des aliénés persécuteurs.** — M. Coutagne, rapporteur. — On ne doit d'abord pas confondre l'aliéné persécuté de Lasègue avec l'aliéné persécuteur. Ces derniers sont de deux sortes : persécutés types devenant persécuteurs, et persécuteurs primitifs. Les facultés intellectuelles des persécuteurs sont perverties plutôt qu'affaiblies.

L'aliéné persécuteur devra être déclaré irresponsable sans restriction quand il le sera devenu dans le cours du délire de persécution. Il en sera de même pour les persécutés dont le caractère pathologique sera affirmé par la coïncidence de stigmates héréditaires de dégénérescence. Mais les états qui ne témoignent que d'une organisation pathologique incomplète, les aliénés persécuteurs ne doivent bénéficier que de l'atténuation de la responsabilité. Ce sont des malades qui doivent rester sous l'action de la justice, non sous la surveillance administrative comme les fous ordinaires. Ceux-là devraient trouver en Nouvelle-Calédonie une colonie spéciale à côté des établissements pénitentiaires, au lieu d'encombrer nos asiles, immobilisés par ces aliénés chroniques, alcooliques invétérés.

M. Charpentier, après avoir exposé avec beaucoup d'intérêt la façon de comprendre la responsabilité légale et la séquestration des aliénés, la résume en ces termes :

« 1° L'aliéné persécuteur se reconnaît à la nature de ses idées délirantes : idées de haine, de vengeance, idées persécutrices ; à la fixité de ses idées délirantes, à leur longue durée ou à leur retour fréquent ; à la tendance extrême de ces idées à commander l'acte délictueux ;

2° Le médecin étant tenu de répondre à la question de responsabilité légale des aliénés, il faut proposer l'irresponsabilité quand le délit est un acte pathologique lié à l'idée délirante ; la responsabilité, atténuée quand, chez le délinquant, malgré l'absence du lien entre le délit commis et l'idée délirante, il se trouve une accumulation de présomptions tirées soit d'autres troubles mentaux extérieurs, soit de signes physiques ou psychiques dits de dégénérescence ; — et la responsabilité partielle quand, en l'absence des présomptions ci dessus notées, il n'y a aucun rapport entre le délit et l'idée délirante ;

3° La séquestration de l'aliéné persécuteur, dans un asile, doit comporter la possibilité de l'application d'une thérapeutique disciplinaire (isolement absolu provisoire, moyen de contrainte, punitions) ;

4° L'époque de la séquestration d'un aliéné persécuteur doit se déduire de sa conduite, de son caractère, de ses menaces et du délit ;

5° La prescription des sorties d'essai, pour l'aliéné persécuteur séquestré, doit être considérée comme un moyen de traitement réservé au médecin ;

6° Les aliénés persécuteurs dangereux ou indisciplinés doivent être séquestrés dans tout asile d'aliénés, mais pourvus de quartiers spéciaux ;

7° Tout aliéné persécuteur, guéri après un certain temps d'observation, ne devra pas être maintenu dans l'asile qui lui a servi de traitement. »

M. Giraud trouve dangereux l'élément graduateur. Les fous moraux doivent être enfermés pendant la période aiguë, remis en liberté à la première rémission.

III. **De l'assistance des épileptiques.** — M. Lacour, rapporteur, essaie de faire le dénombrement des épileptiques en France. On pense qu'il peut être environ de 33 à 40,000 (Legrand du Saulle et Lunier). L'assistance de ces malades est insuffisante. L'auteur émet les propositions suivantes :

L'assistance des épileptiques indigents fait partie de l'Assistance publique au même titre que les autres infortunes.

Cette assistance est très complexe et ne dépend pas seulement de la médication. Il faut, avec du comitial, s'intéresser à tout ce qui l'intéresse, faire appel à ses sentiments affectifs, développer son intelligence, lui inspirer l'amour du travail et lui créer des occupations. Sous cette influence incessante, la médication a une action plus décisive. Le succès dépend du tact, du dévouement et de la persévérance de l'entourage.

M. Carrier expose les changements apportés depuis 1882 à son service de l'Antiquaille.

M. Mairet communique une note sur la température dans l'épilepsie. Elle s'abaisse quelquefois de près d'un degré.

Communications diverses. — M. Renaut entretient le Congrès *de la structure de l'écorce grise des circonvolutions cérébelleuses* avec pièces histologiques à l'appui.

MM. Weil et Dubois ont recherché *la toxicité des urines des aliénés.* Ces urines sont beaucoup plus toxiques que l'urine normale. Il faudrait arriver à combattre directement le trouble de la nutrition et restituer aux fous une urine louable.

M. Combemale communique un mémoire sur *les rapports de la paralysie générale avec l'alcoolisme ancestral.* Certains malades, victimes de l'hérédité, n'ayant rien fait pour verser dans la paralysie générale, y tombent dès l'âge de vingt ans.

M. Boubila rapporte les observations d'un certain nombre de paralytiques généraux qu'il a traités par le chlorure d'or et le sodium (de 2 milligrammes à 1 centigramme). Il a constaté une rémission des troubles psychiques et une amélioration générale.

MM. Cadéac et Meunier communiquent une note sur *les principes épileptogènes qui entrent dans la composition de certains spiritueux.*

La prochaine session du Congrès de médecine mentale aura lieu, à Blois, le premier lundi du mois d'août 1892.

P. C.

Digitized by Google

Congrès international d'hygiène et de démographie

(7e SESSION TENUE A LONDRES DU 10 AU 17 AOUT 1891) (1)

I. *Des mesures de prophylaxie contre la diphtérie.* — II. *La tuberculose alimentaire.* — III. *L'étiologie de la fièvre typhoïde, un retour à la théorie de Murchison.* — IV. *Les infections d'origine buccale.*

I. Des mesures de prophylaxie contre la diphtérie. — Il serait vraiment difficile de dégager quelque notion pathogénique nouvelle ou des indications prophylactiques inédites dans le débat auquel ont pris part MM. BERGERON, HERVITT, ADAMS, IRISSI, GIBERT et ABBOTT.

Les uns demandent des informations à la statistique, les autres invoquent la dermatologie, et tous, en réalité, établissent finalement une étiologie fort éclectique de la maladie. Au demeurant, ne pouvait-on pas attendre plus et mieux d'une réunion dans laquelle cette question pratique devait être étudiée et mise au point?

Voici M. ADAMS (de Londres). Pour lui, il faut chercher dans le sol humide l'origine des épidémies diphtéritiques. C'est un partisan de la *théorie tellurique* de la diphtérie. C'est dans ce sous-sol humide — l'humidité paraît être, à son avis, une condition favorable aux germes — que le bacille habite et pullule. C'est au moment où la nappe d'eau souterraine s'élève après des pluies et à la suite d'une chute barométrique, que l'on observe, dit-il, les épidémies de diphtérie. On le voit, cette idée, à laquelle il manque entre autres mérites celui d'une justification, n'est guère d'accord avec les faits, et on l'a vu avec les observations de M. Stevens.

M. ABBOTT (du Massachussets) se refuse donc à l'accepter. Pour lui, l'humidité des caves et des maisons peut, sans doute, favoriser la conservation des germes et la formation des foyers morbides; mais l'effort prophylactique doit se porter plutôt sur la *transmission directe* par les hardes des malades; nul n'en a jamais douté.

Après M. Abbott, M. IRISSI : il appartient au même camp doctrinal qui, d'ailleurs, est celui de la majorité des hygiénistes. La transmission directe s'exerce aussi dans les jardins publics, les écoles et les agglomérations infantiles. Ici encore, les faits sont nombreux et banals.

Le rôle de la transmission directe est mieux prouvé encore quand on a, comme M. HEWITT (du Minesotta), la fortune d'observer dans un pays nouveau et récemment peuplé.

Il y a trente ans, dit-il, le Minesotta comptait à peine trente mille habitants, dispersés sur son immense territoire. Au dernier recensement, la population s'élevait à quinze cent mille habitants et la diphtérie y faisait de nombreuses victimes.

Cependant, en 1860 seulement, on constata le premier cas de la maladie. A cette époque, elle se déclara dans des familles isolées, habitant les rives des grands fleuves, et dans le thalweg des vallées. Elle y resta longtemps localisée; puis, l'isolement des familles diminuant d'année en année, elle se propagea sur les hauts plateaux à mesure qu'ils devenaient plus peuplés. On ne saurait nier que cet épisode de l'histoire de la diphtérie mexicaine est démonstratif et justifie la théorie de la transmission directe.

Naguère, on invoquait le rôle pathogène des *climats*. Eh bien! pas d'immunités climatériques, la malignité de la diphtérie varie selon les latitudes, voilà tout. Quant à son ubiquité, elle n'est point douteuse.

Bien plus, sceptimisme dangereux, ce semble, il affirme trop, avec ses compatriotes, MM. Thorne-Thorne et Donkin, que l'assainissement des villes : égouts, propreté, etc., etc., ne diminue ni la morbidité, ni la mortalité diphtériques.

Cette affirmation hasardée mériterait une justification. M. SENTON ne la donne pas. Il va même plus loin, et il ajoute, sans le prouver, d'ailleurs, que, depuis le commencement du siècle, c'est la France qui est le principal foyer européen des épidémies.

Eh bien! l'assertion méritait d'être relevée. Aucun délégué officiel ne l'a fait. Pourquoi? Il faut donc chercher cette réfutation dans une communication d'un congressiste belge, M. JANSSENS (de Bruxelles), et son *tableau comparatif de la mortalité diphtérique* dans les divers pays.

On compte, en effet, une moyenne annuelle de 41 décès diphtériques sur 100,000 habitants en Angleterre, 44 en Belgique, 53 en Hollande, 59 en Suisse, 79 en Italie, 80 en France, 100 en Allemagne, 110 en Suède et en Russie, 112 en Espagne, 116 en Autriche et 140 en Amérique. L'exactitude et l'impartialité de ces chiffres ne sont point contestables.

D'ailleurs, il ne faut pas juger des statistiques sur les chiffres bruts qui servent à les établir.

En France, d'après M. BERGERON, la maladie a suivi une marche croissante dans quelques grandes villes, depuis dix années environ. Annuellement, elle tue environ cinq mille personnes; mais cela ne prouve pas, ce me semble, que la France est le grand foyer diphtéritique de l'Europe.

Comment expliquer cette léthalité croissante? Les mesures de prophilaxie sont meilleures qu'autrefois.

M. Bergeron répond en partie à ces questions. A son avis, le mal vient de la fréquence plus grande des déplacements, de la facilité des communications, de la multiplication des écoles, crèches, asiles, des voitures publiques, etc., etc. Que n'invoque-t-il l'augmentation de la population dans les villes; l'étendue des agglomérations et puis d'autres facteurs cliniques que les hygiénistes ignorent trop volontiers : le diagnostic plus exact des cas suspects; la variabilité peu périodique de ce que nos anciens appelaient le génie morbide...

Revenons à la prophylaxie et au discours de M. Bergeron. C'est surtout contre la *contagion directe* qu'il faut édicter des mesures sanitaires, c'est-à-dire instituer l'*isolement*.

L'isolement doit être assuré dès le début de la maladie; il doit être continué longtemps après sa terminaison. La transmissibilité dure longtemps, en effet, après la disparition des fausses membranes et du jetage. Il y a même encore, parfois, danger de contagion, lorsque la muqueuse bucco-pharyngienne a retrouvé son aspect normal.

Quelle doit être la durée de cet isolement? M. Bergeron adopte six semaines à dater de l'invasion, mais cette durée, ainsi fixée, est arbitraire, car jamais on n'a pu en déterminer exactement les limites.

Et l'isolement des suspects : enfants ou adultes, en contact accidentel avec le malade?

Sa durée sera de dix jours; mais ce chiffre est encore arbitraire, puisque généralement on admet que l'incubation de la maladie varie entre trois et cinq jours. Eh bien! M. Bergeron va plus loin et voudrait attendre jusqu'au vingtième jour la durée de cette quarantaine. C'est beaucoup et cet excès un peu vexatoire et d'une prudence trop grande pourrait avoir pour résultat de n'être point accepté des familles ni au besoin du législateur.

Autre mesure sanitaire : la fermeture des écoles, M. Bergeron la conseille; mais cette fermeture est-elle toujours un moyen d'enrayer une épidémie diphtérique?

En principe, oui; en fait, quelquefois seulement. C'est l'avis des médecins inspecteurs des écoles, dont la compétence et l'expérience mériteraient peut-être d'être consultées sur ces questions.

Cela s'explique d'ailleurs; dans les villes la fermeture d'une école permet l'extinction sur place du foyer diphtérique par la dispersion du personnel scolaire. Dans les campagnes, il en est autrement; après comme avant cette fermeture, les enfants se fréquentent et la propagation directe de la maladie n'en continue pas moins hors de l'école.

(1) Suite. — Voir n° 34.

Digitized by Google

En résumé, *isolement et désinfection*, voilà les seules mesures sanitaires dont les débats renferment l'urgence. Cela s'explique, et n'est point nouveau.

Un mot encore; dans ce débat, M. Gibert (du Havre) est intervenu pour établir l'importance de la désinfection en citant le fait suivant. Avant 1885, la fréquence de la diphtérie était extrême au Havre. Depuis cette époque et la création d'une brigade de salubrité, pour la désinfection des locaux contaminés, la mortalité diphtérique s'abaisse d'année en année. La désinfection n'est donc pas une de ces mesures sanitaires qui, comme on l'a dit dans ce même Congrès, ne semblent point modifier la fréquence des épidémies de diphtérie.

II. **La tuberculose alimentaire** (*transmission de la tuberculose des animaux à l'homme.*— On a vu, il y a quelques jours, que l'accord n'était point fait entre les membres du Congrès de la tuberculose au sujet de la prohibition de la chair des animaux tuberculeux comme viande de boucherie.

Les observations cliniques sont contradictoires; les essais expérimentaux n'ont pas toujours procuré des résultats positifs. Eh bien! MM. Feydeau et Woodhead n'hésitent point cependant.

La transmission de la tuberculose par la voie alimentaire et l'usage de viandes tuberculeuses ne leur paraît pas douteuse. Il y a donc des observations absolument certaines de tuberculoses intestinales d'origine alimentaire.

D'autre part, ils ont expérimenté sur les animaux avec la chair et le jus de viandes tuberculeuses. Celui-là, malgré les résultats négatifs de son ingestion, doit être, disent-ils, proscrit aux mêmes titres que celles-ci.

D'ailleurs, pourquoi tolérer l'usage alimentaire de la viande quand on défend celui des viscères d'animaux tuberculeux? Ne rencontre-t on pas les tubercules dans les tissus musculaire et conjonctif des animaux que, dans un but expérimental, on alimente avec la viande d'autres animaux tuberculeux? Le danger d'une infection n'est point absolu, à coup sûr: il est possible, néanmoins. Voilà, ce semble, raison pour imposer à l'hygiéniste le devoir de le dénoncer et de l'éviter.

Mêmes remarques relativement au lait des vaches tuberculeuses, car on ne saurait excuser la tolérance par le prétexte d'une action microbicide exercée par le lait sur les bacilles. Et puis, il ne faut pas attribuer une valeur absolue au diagnostic de la mammite tuberculeuse. Il ne saurait servir de critérium au jugement des inspecteurs sanitaires. La mammite tuberculeuse ne se reconnaît que dans une période avancée de la maladie. A son début, les microbes de Koch sont rares dans le lait. Quand il s'agit de ce liquide ou de viandes suspectes, on ne saurait trop jeter le cri d'alarme et s'élever contre la tolérance qui en permettrait l'usage alimentaire aux individus affaiblis ou aux jeunes enfants.

Au reste, cette question de l'inspection de la viande n'est plus en débat, tout le monde, même les plus tolérants, en admettant la nécessité.

M. Burdon-Sanderson l'a fait remarquer : car, si la tuberculose intestinale est rare chez l'adulte, on l'observe dans un tiers des autopsies dans les hôpitaux d'enfants. MM. Nocard (de Paris) et Hamilton (d'Aberdeen) estiment aussi que, si la saisie universelle paraît impraticable, la surveillance ne l'est point. Enfin, M. Bang, pour lequel on a exagéré le danger des viandes tuberculeuses, déclare cependant qu'il existe.

Néanmoins, il ne faut pas l'exagérer, ni défendre absolument l'usage des viandes suspectes. Quant au lait, l'ébullition ou une température de 85 degrés en diminue les inconvénients.

Dans la viande, le nombre des microbes est restreint, et, sur 28 essais de tuberculose inoculée à des cobayes, le suc musculaire est un véhicule défavorable au développement des bacilles.

Quant à la viande, sa consommation ne fait courir de danger que s'il s'agit de lésions tuberculeuses; on doit éviter de les mettre en consommation.

Cependant M. Bang tolère l'usage de la viande des animaux suspects, même quand les lésions tuberculeuses sont nettement localisées. Tout ce qu'il réclame, c'est l'adoption des mesures proposées au Congrès de la tuberculose, c'est-à dire :

1° L'établissement d'un service d'inspection sanitaire des viandes et des animaux de boucherie dans tous les états;

2° La prohibition de la vente à l'état frais des viandes provenant d'animaux tuberculeux et leur transformation par la coction ou la salaison en conserves que l'on pourrait alors livrer à la consommation;

3° L'indemnisation des propriétaires de tels animaux par l'établissement d'une taxe sur chaque tête de bétail livrée à la boucherie.

En somme, ces opinions, différentes sur des points de détail, s'accordent à réclamer l'organisation sérieuse de cette inspection. Ce vœu a paru celui de la majorité des congressistes: il serait à désirer qu'il devînt celui des économistes et des diverses puissances.

III. **L'étiologie de la fièvre typhoïde.** — MM. Roux et Vallet (de Lyon) pensent que tout n'a pas été dit sur la pathogénie de cette maladie depuis la découverte du bacille d'Eberth.

Leur opinion est fondée sur les analogies morphologiques entre le *bacillus coli communis* et celui d'Eberth-Gaffky.

L'un et l'autre se rencontrent dans les selles des typhoïdiques; l'un et l'autre ont, par la culture, des caractères presque identiques. Pour vérifier ces faits d'observation, MM. Roux et Rodet ont inoculé et cultivé comparativement le bacillus coli et le bacille d'Eberth extrait de la rate du typhoïdique. Le résultat a été conforme aux prévisions: identité morphologique des colonies, et, de plus, par le vieillissement et le chauffage à 80°, transformation, en quelque sorte, du *bacillus coli* devenant *éberthiforme*.

Les savants lyonnais admettent que les deux bacilles sont de même espèce, la variété éberthiforme résultant du passage de la variété coli à travers l'organisme humain.

Jusqu'ici, se dira-t-on sans doute, voila des faits expérimentaux; quel intérêt pratique présentent-ils? Celui de justifier la théorie de Munchison; la création de foyers typhogènes indépendants, par leur origine, de l'existence antérieure d'un cas de fièvre typhoïde; indépendants aussi de la contamination fécale des eaux.

Et puis, l'intérêt de ces recherches augmente encore, quand on remarque, avec M. Vallet, d'une part, la difficulté de faire vivre le bacille d'Eberth dans les milieux fermentescibles et la prédilection, en quelque sorte, du bacillus coli pour les liquides fécaloïdes, et d'une autre part la virulence typhogène du bacillus coli cultivé dans ces liquides, plus grande que celle du même bacille provenant de l'intestin.

On le voit, ces notions, bien acquises et suffisament contrôlées, seraient de nature à modifier les idées que l'on professe généralement sur la spécificité du bacille d'Eberth et l'origine des épidémies typhoïdiques.

IV. **Les infections d'origine buccale.** — Elles sont nombreuses d'après M. Miller (de Berlin) et dans cette énumération, il y aurait à placer parmi les affections à microbes: 1° celles des dents (carie, maladies de la pulpe, etc. etc.); 2° les osteites, les abcès alvéolaires, les périostites, les nécroses du maxillaire, les fistules et la septicémie dentaire; voire même des meningites de même origine, etc. etc.; 3° les troubles digestifs; 4° des maladies du poumon (pneumonie croupale et gangrène); des adénites, des angines infectieuses, des maladies du sinus maxillaire, les abcès à pneumocoques; les stomatites ulcéreuses, scorbutiques; l'actinomycose, la pharyngomicose, la stomatomycose, les aphtes, la parotidite, l'herpès cubral, la

Digitized by Google

diphtérie, la tuberculose, la syphilis, etc. etc., sans compter les infections traumatiques ou postopératoires.

M. Miller ne se contente point de cet abrégé de toute la pathologie ; il énumère avec complaisance les bactéries pathogènes de la cavité buccale et plus spécialement les microcoques de la septicémie buccale.

Leur virulence serait telle, que par l'inoculation de la salive de 111 personnes en état de santé, on a produit 101 fois la mort des animaux : soit par septicémie, soit par suppuration. Quelles sont ces espèces bactériennes ?

M. Miller les énumère aussi, et dans cette longue liste on remarque : divers microcoques de la salive ; le microcoque tétrogène, le megacoccus buccalis muciférens, le bacillus buccalis muciférens, le bacillus buccalis septicus, le bacillus pneumoniac... Arrêtons-nous : cela suffit, les médecins de Molière s'en seraient contentés.

Et tout cela pour apprendre aux congressistes réunis à Londres, que l'antisepsie buccale est nécessaire et que pour déterminer la puissance microbicide des agents antiseptiques, employés dans la thérapeutique buccale, on doit les incorporer à la salive, inoculer ce mélange aux animaux et en l'ensemençant sur des milieux cultivables, dénombrer les colonies microbiennes en voie de développement.

Les procédés ne sont point nouveaux. Ce qui est plus original dans la communication du bactériologiste berlinois, c'est — l'expression vient d'un congressiste anglo-saxon — « *the formidable list* » — de ces infections buccales. Décidément, même quand il s'agit de la science allemande et d'un savant berlinois, le proverbe est vrai : et vouloir trop prouver est s'exposer à ne prouver rien.

(*A suivre*) N. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 août 1891

Présidence de M. le Dr Tarnier.

Cure radicale des hernies. — Depuis 1881 où M. Lucas Championnière a fait une première opération de cure radicale de hernie non étranglée, il a fait 254 opérations de ce genre qui lui permettent d'entrer dans quelques considérations.

Sur ces 254 opérés, il n'y a eu que 2 morts. L'un de ces opérés était dans des conditions détestables, et l'autre, atteint d'étranglement interné, a succombé sans que M. L. Championnière en ait été prévenu. Le remède à la complication eût été facile, car le cas était fort simple.

Mais les chances de mort pour un opéré de choix sont évidemment bien autrement faibles, car M Championnière a opéré des cas détestables avec un succès régulier. Il cite, pour exemple, une femme de 51 ans, petite, pesant 100 kilogr, opérée d'une hernie ombilicale mesurant 18 centimètres à sa base, d'où on a réduit l'estomac, le colon transverse, un mètre d'intestin grêle. Elle a bien guéri et a repris un métier pénible.

Une femme avait une hernie descendant au genou. Elle est restée guérie malgré deux accouchements. Un homme dont il a fallu fendre la paroi abdominale sur une hauteur de 10 centimètres, une femme avec sac intra-abdominal ont été bien guéris. M. L. Championnière a souvent enlevé des masses énormes d'épiploon, 540, 620 et même 840 grammes. Dans deux cas de hernie de vessie largement ouverte, les opérés ont guéri.

Malgré cette bonne statistique, M. L. Championnière considère l'opération comme difficile et devant être meurtrière et inutile si elle n'est pas faite dans des conditions déterminées et suivant une méthode assez compliquée. Si la méthode est bonne les résultats sont bons. Le plus grand nombre des opérés n'a pas porté de bandage. Ils cessent rapidement de porter une ceinture protectrice que M. Championnière recommande pour les premiers mois. Dans certains cas mauvais, il faut au contraire recommander un bandage léger et large pour éviter une défense cicatricielle insuffisante.

Les conditions indispensables de l'opération sont :

1° Destruction de la séreuse dans la plus grande étendue possible jusque dans le ventre.

2° Destruction de tout l'épiploon accessible qu'on peut attirer dans le sac.

3° Constitution dans la région herniaire, de sa défense par une cicatrice puissante et étendue.

Les 254 opérations se décomposent ainsi :

Hernies inguinales : hommes 205, dont 59 congénitales.

Hernies inguinales : femmes, 17

Hernies crurales : 11 femmes, 3 hommes.

Hernies ombilicales : 17 dont 11 grossis.

6 hernies épigastriques, dont 5 chez l'homme et 1 chez la femme.

Hernie traumatique : 1.

Parmi les hernies inguinales de l'homme, les plus satisfaisantes sont les congénitales qui se présentent chez des sujets dont la paroi est souvent assez bonne. Il y a, du reste, beaucoup de hernies qui ne passent pas pour être congénitales et qui le sont en réalité et participent de ces conditions favorables.

Les 17 cas de hernie inguinale de la femme, joints aux autres variétés de hernies opérées chez la femme, permettent à M. L. Championnière d'affirmer que, chez toute femme jeune, la cure radicale est indispensable et assurée de donner des résultats efficaces. Les connexions avec les organes génitaux font de cette hernie de la femme une hernie douloureuse à laquelle la cure porte un remède efficace.

Les 14 cas de hernie crurale montrent une opération qui donne d'excellents résultats mais témoignent de la facilité qu'il y aurait de la faire imparfaite.

La hernie ombilicale est peut-être celle qui donne les résultats les plus frappants, et les onze cas de grosses hernies ombilicales comptent parmi les laparotomies les plus heureuses.

Les petites hernies ombilicales épigastriques, qui sont très douloureuses, donnent des résultats également très satisfaisants. Deux fois le ligament suspenseur du foie a été réséqué.

Le danger couru par un sujet soumis à l'opération de la cure radicale est très faible si certaines conditions sont observées. On peut affirmer que la cure radicale doit être aujourd'hui la règle, mais avec les réserves suivantes :

Chez les très jeunes enfants, l'opération n'est pas à conseiller. Sauf des cas exceptionnels, on n'a pas assez de tissus entre les mains pour s'assurer une action étendue, et l'opération ne manque pas de certain danger. A partir de 6 à 7 ans il en est autrement. L'enfant supporte très bien l'opération et son développement ne peut qu'y gagner.

Chez le vieillard, l'opération est dangereuse. Il ne faut la faire que sur une indication pressante, surtout en présence d'accidents qui compromettent profondément la santé générale.

Même chez les opérés ayant dépassé la quarantaine, il faut être prudent. L'opération ne doit être faite qu'en présence d'accidents déterminés : douleur, irréductibilité, incoercibilité, troubles digestifs.

Le volume énorme de la hernie n'est une bonne indication à aucun point de vue. Le chirurgien doit beaucoup plus chercher à empêcher une hernie de devenir très volumineuse, qu'attendre ce gros volume pour intervenir.

Chez les sujets de 7 à 10 ans, on doit, au contraire, être très généreux de l'opération. Toutes les hernies qui présentent des accidents sont justiciables de l'opération. Tous les sujets

Digitized by Google

voulant se passer du bandage peuvent être opérés. Tous les sujets voulant faire disparaître la tare de la hernie, tous ceux dont le travail l'exige ou dont la position sociale peut bénéficier de sa disparition peuvent être opérés. Il ne faut faire de réserves que chez les sujets malades et cachectiques, chez ceux qui ont des parois abdominales effondrées par des hernies multiples.

La hernie inguinale congénitale doit être opérée sans exception surtout lorsqu'il y a ectopie testiculaire.

Enfin, chez la femme, dans les conditions de jeunesse suffisantes, l'opération devrait être pratiquée sans exception puisqu'elle présente pour elle des bénéfices plus assurés, et la débarrasse de l'imminence d'accidents particulièrement graves.

M. Béchamp commence la lecture d'une note sur les principes extractifs du lait.

M. Guermonprez (de Lille) communique un travail sur les autoplasties de la main.

INFORMATIONS

DÉPARTEMENTS

Reims. — **La greffe du cancer à l'homme.** — Cette fois, d'après le *Temps*, cela serait plus sérieux.

Les accusations, dont la communication intempestive de M. Cornil à l'Académie ont été l'occasion, prendraient corps :

Le président de la Société des médecins et chirurgiens des hospices de Reims, saisi par le président de la commission des hospices de cette ville de l'affaire dite du cancer, vient de dresser son rapport et de faire connaître les résultats de son enquête. En voici le résumé :

Les membres de cette Société ont hésité un instant à accepter cette mission. Mais, étant donnés les articles publiés à ce sujet, notamment la lettre de M. Doyen, parue dans les journaux, et la communication faite par le maire de Reims au conseil municipal, il ne leur a pas paru possible de s'y dérober.

Des déposition de sept témoins occulaires il résulte que :

1° M. le docteur E Doyen a inséré dans le sein du côté opposé, à l'aide d'incision faite au bistouri, puis réunie par des sutures, des morceaux de tumeur cancéreuse du sein qui venait d'être opéré ;

2° Ces fragments n'avaient, au préalable, subi aucune des manipulations habituelles susceptibles d'atténuer leur virulence ;

3° Ces faits, identiques quant au procédé opératoire, semblent se rapporter à des malades différentes ;

4° Ces opérations ont été faites, les malades étant encore plongées dans le sommeil chloroformique.

En possession de ces renseignements, la Société a convoqué M. Doyen fils pour entendre ses explications. Celui-ci a adressé au président une lettre dans laquelle il déclare ne pouvoir se rendre à la convocation.

La Société s'est donc vue forcée de s'en référer à la lettre de M. Doyen, que nous avons reproduite, et dans laquelle il expose trois faits qui ne concordent nullement avec les dépositions recueillies.

On se rappelle qu'il affirme avoir fait des tentatives de vaccinations avec des morceaux ayant subi une préparation préalable destinée à atténuer leur principe virulent, et cela pour éviter aux malades les souffrances d'une opération. Aucun des témoins entendus n'a eu connaissance de ces tentatives. Au contraire, tous sont unanimes à déclarer que les malades venaient d'être opérées. A l'exception de l'un d'eux, qui ignorait la provenance des fragments insérés, les autres affirment que les morceaux ont été pris immédiatement sur les tumeurs enlevées et introduits sur-le-champ et sans atténuation préalable dans les tissus sains.

Dans ces conditions, la Société a jugé que M. E. Doyen avait pratiqué à l'Hôtel-Dieu de Reims des opérations qui sont de véritables greffes cancéreuses,

La Société s'est occupée ensuite de la question de responsabilité. On sait que, dans sa lettre du 1er août, M. E. Doyen se retranchait derrière M. le docteur Décès. Or, à cette époque, M. Doyen était docteur en médecine et remplissait les fonctions de chef de clinique. « Ce sont là, dit le rapport, des titres suffisants pour rendre un chirurgien pleinement responsable de ses actes.

« En résumé, conclut le rapport, il a été fait à l'Hôtel-Dieu de Reims, par M. le docteur E. Doyen, les *greffes cancéreuses présentant la plus grande analogie avec celles qui ont été communiquées à l'Académie de médecine et qui ont soulevé son unanime réprobation.* »

Le préfet de la Marne a saisi M. le ministre de l'intérieur de cette affaire.

M. Doyen proteste contre les résultats de cette enquête dans l'*Indépendant Rémois* et par une lettre dont voici quelques extraits :

« On m'accuse, dit-il, d'avoir pratiqué à l'Hôtel-Dieu des opérations qui sont de véritables greffes cancéreuses ; on affirme que les fragments de tumeur insérés sous la peau n'avaient subi aucune préparation destinée à en atténuer la virulence.

« J'oppose à ces conclusions le démenti le plus formel ; bien mieux, elles ne concordent aucunement avec les témoignages recueillis.

« Le témoin principal déclare que l'opération est bien à son avis une greffe de cancer ; il dit ensuite n'avoir assisté qu'à l'opération et jamais n'avoir entendu parler d'autre chose. Les autres témoins ne connaissent, comme lui, que l'opération et ignorent ce qui s'est passé antérieurement. L'un d'eux reconnaît qu'il a été fait dans le service des injections modificatrices dans des tumeurs cancéreuses.

« Comment a-t-on trouvé dans ces témoignages la preuve que les tumeurs n'avaient subi aucun traitement préalable et que l'opération n'était qu'une simple expérience et non pas une tentative thérapeutique ?

« Je relève dans les questions et les réponses un mot qui pourrait faire douter de la compétence du conseil technique et qui nous explique peut-être son erreur d'appréciation :

« Avait-on « stérilisé » le fragment de tumeur ? »

« Il s'agit bien sûr d'une nouvelle méthode de vaccination ! Jusqu'ici on employait des virus encore actifs et simplement atténués, capables d'imprégner l'économie et de produire une maladie à la fois bénigne et préservatrice.

« Stériliser » quand il s'agit de virus, veut dire « anéantir ». Faire de « néant » une méthode prophylactique ! Quel nouvel horizon pour la science.

« On me reproche de ne m'être pas rendu à la séance du 17 août : m'avait-on invité aux séances précédentes, où l'on faisait mon procès sans m'entendre ? Je suis membre de la Société des médecins et chirurgiens des hôpitaux, et, à ce titre, on devait me convoquer à toutes les réunions. Pourquoi me serais-je rendu à la dernière ? J'étais suffisamment renseigné sur le but des meneurs. »

Cette affaire ne s'arrêtera pas à la porte du ministère ?

L'honneur du corps chirurgical français exige que la vérité soit tout entière connue.

A l'Académie, M. Cornil parlait d'un chirurgien étranger. La Société médicale des hôpitaux de Reims désigne un chirurgien français et proclame l'analogie des greffes cancéreuses rémoises avec celles qui ont été communiquées à l'Académie. De ces dires, quel est le vrai ?

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

PARIS.—IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE N° 36 2 SEPTEMBRE 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, BÉCLÈRE, BROCQ, DEMELIN, DU CASTEL, GINGEOT, Charles MAURIAC, PICQUÉ Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital de la Charité. — M. le Dr SCHWARTZ.

Cure radicale d'une hernie inguinale (1)

La cure radicale des hernies est encore, malgré la diminution considérable de la mortalité, une opération discutée, surtout lorsque l'on considère les résultats éloignés de l'opération. S'il n'est pas rare, en effet, d'observer des récidives après des cures dites radicales, cependant on a réalisé à ce point de vue des progrès très importants, et je crois que le regretté professeur Trélat ne proposerait plus aujourd'hui de remplacer ce terme de « cure radicale » par celui de « cure sanglante », car il y a actuellement nombre de chirurgiens qui ont chacun à leur actif un certain nombre d'opérés datant de trois, quatre, cinq, six ans, et plus pour lesquels il n'y a pas eu de récidive, même sans le port d'un bandage.

Le malade dont je vais vous parler, et sur lequel je dois pratiquer l'opération qui fait l'objet de cette leçon, est un homme de cinquante ans, atteint de hernie inguinale, et ne présentant pas d'antécédents qui puissent nous intéresser dans le cas actuel.

Le début de sa hernie remonte à douze ans; à cette époque, sans avoir fait, nous dit-il, un grand effort, il ressentit brusquement une douleur assez vive dans le pli de l'aine droit, en même temps qu'il constatait la présence d'une grosseur à ce niveau. A partir de ce moment, il porta un bandage qui maintenait la hernie parfaitement réduite; mais, malgré le port, très régulier, de ce bandage qu'il ne quittait que la nuit, la hernie, qui au début atteignait seulement le volume d'un petit œuf, a considérablement augmenté, au point d'atteindre le volume du poing. En outre, depuis un an, cette hernie est devenue très douloureuse, malgré la réduction maintenue, dit-il, par le bandage.

Si nous examinons le malade couché dans son lit, nous constatons d'abord à la vue, dans la région inguino-scrotale du côté droit, la présence d'une tumeur de forme arrondie, d'un volume égal à celui d'un gros œuf d'oie, augmentant notablement sous l'influence de la toux. La peau qui la recouvre ne présente pas de changement de coloration appréciable et son aspect est normal.

Au palper nous sentons une tuméfaction molle, rénitente, composée de deux parties; l'une qui fuit sous la pression et qui se réduit dans le ventre en produisant un bruit de gargouillement, c'est évidemment une anse intestinale; l'autre, plus dure, bosselée, de forme allongée, qui paraît constituée par l'épiploon, mais cet époploon ne présente pas sa consistance normale et offre certainement des lésions. Ajoutons que la hernie semble réductible dans sa totalité, l'intestin rentrant le premier dans la cavité abdominale, et la partie dure se réduisant ensuite sans qu'il soit cependant possible de la maintenir, elle redescend dès qu'on l'abandonne.

Passons maintenant à l'examen du trajet inguinal, ou plutôt de l'anneau, qui existe seul dans les hernies anciennes, où le trajet n'existe plus. Ici nous nous trouvons simplement en présence d'un anneau, et le doigt, au lieu de suivre un trajet oblique en haut et en dehors, pénètre directement dans l'abdomen, en franchissant cet anneau, qui présente au moins une largeur de deux centimètres. Le cordon est situé en arrière et en dedans.

Quant au testicule, il est séparé de la hernie par une certaine épaisseur de tissus; il est donc probable que nous avons affaire à une hernie acquise, sans qu'il y ait cependant à ce sujet une certitude absolue attendu que bien souvent, après avoir constaté une apparence semblable on est tout surpris, lors de l'opération, de trouver une hernie congénitale.

Les troubles fonctionnels se sont notablement apaisés depuis l'entrée du malade à l'hôpital. Notons ce fait important que la hernie, après réduction, se reproduit très facilement, même dans le décubitus dorsal.

Voyons à présent le malade debout, et nous constatons que le volume de sa hernie augmente immédiatement d'une façon considérable.

L'état général est excellent; notre malade n'a jamais eu de maladies graves. Cependant, nous devons noter l'existence d'une petite pointe de hernie à gauche : c'est donc un hernieux, et c'est là un point de vue qu'il ne faut pas oublier dans la conduite à tenir après l'opération.

Le diagnostic n'est pas douteux; il s'agit ici d'une hernie inguinale probablement oblique externe, actuellement directe. Je n'emploie pas ce dernier terme au point de vue anatomo-pathologique, je veux simplement dire que la hernie sort actuellement directement de l'abdomen, sans qu'il y ait de trajet à proprement parler. Pour ce qui est de la nature du contenu de la hernie, il est certain que nous avons affaire à un cas d'entero-épiplocèle, avec épiploïte chronique, et nous pouvons affirmer avec une grande vraisemblance que c'est cette lésion chronique de l'épiploon qui cause les douleurs si vives dont se plaint la malade, et que c'est également

(1) Leçon recueillie par M. CAZIN, interne du service.

Digitized by Google

cet épiploon malade, qui par son poids entraîne la sortie immédiate de la hernie, aussitôt après la réduction.

Devons-nous opérer ce malade? Il a cinquante ans ; son âge ne crée donc pas une contre-indication, je n'opérerais certainement pas cette hernie, si le malade avait soixante-dix ans, de même que je m'abstiendrai s'il avait un mauvais état général, ou une tare quelconque un état diabètique ou albuminurique.

Il y a également lieu de distinguer, au point de vue des indications opératoires, suivant la nature de la hernie.

S'agit-il d'une hernie de force? On n'hésite pas à opérer. S'agit-il au contraire d'une hernie de faiblesse, on est moins disposé à faire la cure radicale, à cause de la faiblesse des parois abdominales, et de la possibilité pour ce motif d'une récidive au même point où à une petite distance.

Il faut de même établir une distinction entre les hernies congénitales et les hernies acquises, les hernies congénitales devant être opérées avec beaucoup moins d'hésitation que les hernies acquises, attendu qu'on a bien des chances d'avoir ensuite une paroi parfaitement solide lorsqu'il ne s'agit que d'un vice de conformation.

Enfin, au point de vue de l'intervention, il y a également lieu de diviser les hernies, en hernies irréductibles et hernies réductibles. Les premières doivent évidemment être opérées ; pour les secondes, surtout lorsqu'elles sont facilement maintenables, beaucoup de chirurgiens se contentent encore d'un bandage, sauf dans les cas où pour des raisons extra-chirurgicales, le malade réclame énergiquement une opération.

Dans notre cas, la hernie est réductible, mais difficilement maintenable, d'où il résulte pour le malade une gêne constante ; ajoutons que la lésion de l'épiploon chroniquement enflammé crée une condition spéciale qui doit aider à notre détermination. D'ailleurs, il ne paraît pas y avoir d'adhérences, et l'opération semble devoir être facile.

Comment allons nous pratiquer la cure radicale ?

L'opération comprend deux temps :

Premier temps.— Incision des téguments et dissection du sac herniaire en remontant le plus haut possible jusqu'à l'orifice interne, au niveau du péritoine, et même comme le recommande Lucas-Championnière, en décollant le péritoine au niveau de l'orifice interne; puis ligature du sac à ce niveau, et enfin résection du sac après ligature en chaîne et résection de l'épiploon et réduction du pédicule.

Deuxième temps. — Autrefois on se contentait du premier temps, après lequel on suturait les téguments. Dés 1882, Lucas-Championnière s'est attaché à suturer par de nombreux points de catgut tous les tissus sous-cutanés, ce qui donne très souvent de bons résultats, mais quelquefois n'évite pas les récidives. Je ne vous parlerai pas de la suture des piliers, qui, à elle seule, est trop inefficace, mais je désire vous dire quelques mots de certaines modifications apportées à l'opération, dans ces derniers temps, par plusieurs chirurgiens étrangers. En 1888, Bassini a publié un travail intéressant dans lequel il propose de refaire un trajet inguinal oblique en allant rechercher, couche par couche, les différents éléments de la paroi éventrée, et en reconstituant ainsi ce que la nature avait défait.

Plus récemment Postdesmsky, prenant la contre-partie des idées de Bassini, a proposé au contraire de supprimer complètement le canal inguinal et de faire passer le cordon par un petit orifice nouveau, créé à la partie supérieure du canal inguinal, en suturant ensuite, couche par couche, toutes les différentes parties de la paroi abdominale.

Enfin, dans un autre ordre d'idée, nous devons mentionner différents procédés qui consistent à obturer l'orifice et à renforcer cette obturation, au moyen de corps étrangers. C'est ainsi que, dans l'opération de Maceven, on passe un catgut des deux côtés du sac herniaire, qui est conservé, et on le fixe à la paroi au moyen d'une suture en faux fil; le sac se trouve replié en quelque sorte plusieurs fois sur lui-même et obture ainsi complètement l'orifice, formant un bouchon résistant.

Citons seulement pour mémoire le procédé de Niehans (de Berne), qui emploie des fragments de périoste de lapin, et d'autres encore, dans lesquels on se sert par exemple de plaques osseuses pour fermer l'orifice.

Thiem de Kotbus dit avoir obtenu d'excellents résultats en renforçant la paroi au moyen de faisceaux de catgut, qui, comme vous le savez, sont susceptibles de s'organiser, ou, pour mieux dire, de déterminer la formation de tissu fibreux plus ou moins dense.

Depuis un an je me suis servi six fois de ce procédé, et j'ai pu en apprécier les résultats au moins immédiats. Voici donc ce que nous allons faire : après l'incision des téguments, la dissection du sac, l'ouverture du sac et la résection de l'épiploon, nous ferons la ligature du sac à l'aide de la soie, qui se résorbe moins vite que le catgut, nous le réséquerons et nous pratiquerons l'opération de Lucas-Championnière en suturant plan par plan, au catgut, les différents étages de tissus, après avoir adapté dans le trajet inguino-scrotal, au-dessous de l'orifice externe, un bouchon de catgut composé d'un fil de 1 m. 50 environ, pelotonné de façon à constituer une sorte de bouchon.

Nous ne ferons pas de drainage. Après la suture des téguments, nous établirons une bonne compression ouatée que l'on maintiendra 8 à 10 jours. Le malade restera trois semaines au lit, et il suffira alors de lui appliquer un bon spica de l'aine. N'oublions pas que dans le cas actuel nous avons affaire à un hernieux; aussi faudra-t-il lui ordonner pour la suite le port d'un bandage qui devra être doublé; à plaque simplement contentive à droite, à pelote à gauche pour empêcher la sortie de la pointe de hernie. En résumé, dans le cas actuel, nous n'avons pas la prétention de faire une cure radicale mais de transformer une hernie difficile à contenir et douloureuse, et de l'empêcher de se reproduire par le port constant d'un bandage.

Digitized by Google

REVUE D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE PRATIQUE

I. *Le durillon et l'arthrite des vélocipédistes.* — II. *L'eczéma du pétrole.* — III. *La maladie des chiffons : hadernkrankheit et flock fever.* — IV. *La désinfection des chiffons.*

I. **Le durillon et l'arthrite des vélocipédistes** — On a dit beaucoup de bien et aussi beaucoup de mal de l'usage du vélocipède. Bien que, il faut l'avouer, l'emploi de cet instrument de transport et de ce sport soit entré dans nos mœurs, de temps en temps on demande encore au médecin de se prononcer sur la valeur hygiénique de l'exercice musculaire auquel il donne lieu.

A moins de parler à la manière du Normand et de dire : le vélocipède peut faire beaucoup de bien ou être très nuisible, cela dépend ; — la réponse ne semble pas toujours aisée. Certes, la littérature médicale, en Amérique surtout, contient bien quelques documents sur les traumatismes vélocipédiques ; par contre, elle est pauvre en renseignements cliniques sur les troubles fonctionnels résultant de l'emploi excessif de cet instrument: déformations professionnelles, bourses séreuses, crampes musculaires, lésions des articulations, varices etc.

Le pied des vélocipédistes n'échappe point, en effet, à cette loi générale dans la pathogénie de la plupart des maladies professionnelles. Il est atteint de deux déformations : l'une vulgaire, le *durillon des métatarsiens ;* l'autre, plus exceptionnelle, et dont un confrère distingué de Dax, M. Ch. Lavielle, a récemment donné une bonne description : l'*arthrite du pied* (1).

Le *durillon des vélocipédistes* siège d'ordinaire au niveau de la tête des deux métatarsiens extrêmes, et rarement sur ceux du milieu. Ajoutons, pour préciser, avec M. Lavielle, qu'on doit le chercher en dedans de la tête du premier métatarsien ou mieux au niveau des os sésamoïdes, c'est-à-dire sur la région du talon antérieur, qui est en contact répété avec la pédale.

Inutile d'insister sur l'importance, relative d'ailleurs, de ce durillon dans les recherches d'identification médico-légale ; on la comprend. Au point de vue anatomo-pathologique, on admet, sans pouvoir justifier cette opinion par faits cliniques, la possibilité d'une inflammation de cet épaississement épidermique et des tissus sous-jacents ; de là, le durillon forcé des vélocipédistes, des abcès sous-épidermiques et même une ostéo-périostite subaiguë : tous accidents fort banals dans la nomenclature des maladies professionnelles.

L'*arthrite avec déformation du pied* serait d'une symptomatologie et d'une étiologie plus originales.

Voici le signalement clinique de cette affection, d'après les trois observations de M. Lavielle.

Du côté des articulations du pied, une *arthrite astragalo-scaphoïdienne,* ayant pour caractère une douleur spontanée, le gonflement et la rougeur des téguments, au niveau du tubercule du scaphoïde sur le bord interne du pied, et de là s'étendant en haut sur la face dorsale de ce dernier, jusqu'au voisinage de l'articulation tibio-tarsienne et en avant sur les cunéiformes, c'est-à-dire sur le trajet des synoviales et surtout de la synoviale postérieure ou astragalo-scaphoïdienne de l'articulation de Chopart.

Du côté de la jambe : des *spasmes musculaires* de la région externe, provoqués par les plus faibles mouvements, augmentés par la pression des interlignes articulaires, mais, particularité à coup sûr plus exceptionnelle, soulagée par la marche.

La *déformation ostéo-articulaire du pied* est celle d'un pied creux plantaire. En d'autres termes : elle consiste dans l'augmentation de courbure de la voûte plantaire, l'abaissement des métatarsiens, l'exagération de la voussure dorsale et la déviation du pied sur son bord externe avec rotation en dehors. Avec cela, des *déformations musculaires*, conséquence des déformations ostéo-articulaires : saillie exagérée des tendons extenseurs sur le dos du pied et du tendon du long péronier latéral en arrière de la malléole.

Ces déformations sont symétriques sur les deux pieds: s'établissent sans douleurs vives, graduellement, presque à l'insu du vélocipédiste et précèdent l'arthrite astragalo-scaphoidienne.

Quelle est la pathogénie de ces accidents? Une contracture du long péronier et des extenseurs par fatigue musculaire excessive, à laquelle s'ajoute parfois une gêne circulatoire des membres inférieurs, dont la fréquence relative des varices est la preuve chez les individus qui font abus du vélocipède.

Ainsi donc, les vélocipédistes possèdent eux aussi leur maladie professionnelle. Les sergents de ville ont le privilège de la talalgie ; on connaît la tarsalgie des adolescents; voici l'arthrite spéciale des vélocipédistes. N'est-elle pas une sorte de pied creux, qui, suivant une judicieuse remarque de M. Lavielle, devient douloureux par arthrite des articulations scaphoïdo-cunéenne et de Chopart ?

Au reste, la théorie pathogénique de cette maladie importe médiocrement au praticien.

Il lui importerait beaucoup d'en connaître la prophylaxie. Eh bien ! il est malaisé d'en donner la formule. Les arthritiques, les prédisposés, les rhumatisants devront éviter l'abus du vélocipède, *in médio stat virtus;* avec les philosophes, les hygiénistes le répètent. Ils ne peuvent dire ni mieux ni autrement, et voilà, je l'écrivais en commençant, comment, avec les meilleures intentions, on est réduit à formuler parfois son avis à la manière du normand.

II. **L'eczéma du pétrole.** — Encore une dermatose professionnelle ignorée ou, pour le moins, méconnue !

Il s'agit d'un eczéma d'une forme spéciale, que MM. Espagne et Surdun (de Montpellier) ont eu la bonne fortune clinique d'observer deux fois (1).

Les deux malades exerçaient depuis peu de temps la profession de marchand de pétrole et maniaient depuis vingt-cinq jours de lourds récipients contenant ce liquide, en les appuyant sur l'abdomen, la poitrine et la face antérieure des cuisses.

(1) Ch. Lavielle : Sur une arthrite spéciale du pied (Paris 1891, O. Doin).

(1) *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Montpellier* (25 avril 1891).

Digitized by Google

Un érythème douloureux, prurigineux, puis, après vingt-quatre heures, vésiculeux, se développa sur ces régions avec les caractères de l'eczéma classique et en manière d'une vaste cuirasse et de véritables cuissards. Une sécrétion abondante s'en écoulait, pénétrant les vêtements et mouillant la literie. C'était plus que l'*eczéma mandidans* des auteurs; selon l'heureuse expression de nos confrères de Montpellier, c'était un véritable *eczéma fluens*.

Puis, avec ces lésions locales, un mouvement fébrile, des troubles gastriques, de la fièvre vespérale et de l'insomnie. Bref, point de doutes pour le diagnostic.

Il restait à démontrer l'étiologie professionnelle de cette dermatose. Ici, encore, point de doute : la résolution se produit dès que le malade interrompt sa profession et reparaît dès qu'il manie à nouveau du pétrole (1).

Cette dermatose professionnelle est-elle fréquente?

On ne la trouve pas mentionnée dans les ouvrages, au reste peu nombreux, où on traite des maladies professionnelles. Mais, il faut l'avouer, la bibliographie médicale est pauvre en documents sur les affections causées par le pétrole, malgré les nombreux usages industriels et domestiques, et malgré les applications thérapeutiques récentes de ce liquide.

MM. Espagne et Surdun ont fait une enquête auprès des marchands de pétrole. Ces résultats ne sont peut-être pas décisifs pour l'étiologie; par contre, ils donnent des notions intéressantes au point de vue pratique.

Les voici :

Parmi les gens qui manient le pétrole, les uns n'éprouvent aucun accident; ils possèdent une sorte d'immunité. Les autres, moins heureux, dans les premiers temps, accusent des irritations cutanées légères et passagères. Une sorte d'assuétude s'établit et leur derme semble acquérir une indifférence pour le pétrole.

Ajoutons que la provenance ou la nature de l'huile minérale ne peut pas être mise en cause. Cette enquête a porté sur trois individus qui, tous, débitaient un produit de même provenance.

Au demeurant, en attirant l'attention sur cette dermatose, dont l'origine inconnue motiverait des erreurs de diagnostic, il convient peut-être, comme moyen prophylactique, de recommander aux marchands de pétrole l'usage de tabliers, de manches et de gants en cuir épais, destinés à les préserver du contact du liquide irritant. C'est, au point de vue hygiénique, la seule conclusion qui s'impose. Aux Conseils d'hygiène de la formuler dans les utiles instructions dont ils sont généralement prodigues.

III. **La maladie des chiffons.** — Il est vrai que leurs instructions sont loin d'être toujours écoutées; à preuve les recommandations qu'ils formulent de temps en temps contre l'interdiction de l'importation des chiffons.

C'est, paraît-il, un problème bien ardu, puisque, depuis nombre d'années, on le discute sans en donner administrativement une solution définitive.

Que doit-on entendre par ces mots : maladie des chiffons, *hadernkrankheit*, des Allemands? Une entité morbide spéciale, la maladie des chiffonniers, ou bien un ensemble d'affections contagieuses auxquelles les chiffons servent seulement de véhicule?

On sait, en effet, que diverses affections microbiennes sont transportées par les chiffons contaminés. Le dossier des épidémies renferme des documents nombreux à ce sujet; et, sans parler de la gale, si redoutée par les ouvriers des papeteries (Finkelnburg), il suffit de nommer: la rougeole, la scarlatine (Vallin, Hueppe, Frissell), la diphtérie (Ruysch), la fièvre typhoïde (épidémies de Trineck en Hollande, en 1868, et de Leeds, en Angleterre), la peste (Richter), l'érysipèle (Finkelburg), la septicémie (Robinson), le charbon, la variole (épidémies de Bréda, Murden, Utrecht, Gorcom et de Marseille, étudiées, celles-ci par Gibert, celles-là par Ruysch), le choléra (G. Ballet), enfin la tuberculose; sur ce point, nul débat possible, les faits sont décisifs.

Il en est autrement de « la maladie des chiffons ». En Allemagne, où on l'a décrite et pour ainsi dire inventée, il y a toujours désaccord sur sa nature.

Frisch et autres la déclarent identique au charbon. Pour Miederfrinniger, qui en défend l'autonomie pathogénique et clinique, c'est une affection générale, débutant par un frisson, de la fièvre, un point de côté, se traduisant au deuxième jour par un épanchement pleural, de la toux, de la dyspnée, de la faiblesse cardiaque, une expectoration sanguinolente aboutissant le plus souvent, après quatre fois vingt-quatre heures, à la mort dans le collapsus.

Un médecin de la Basse-Autriche, Lévy, décrit, lui aussi, une maladie des chiffons; mais cette affection diffère, tout au moins par ses symptômes, de l'*hadernkrankheit* des Allemands.

Il l'a constatée sur les trieuses de chiffons blancs; celles qui manient les chiffons de couleur en sont exemptées.

La marche en est rapide : le premier jour, de l'anorexie, des vomissements et de l'adynamie extrême; le second jour, de la cyanose des extrémités, de l'œdème pulmonaire, puis la mort. A l'autopsie, des lésions diverses du poumon; rien au cerveau, rien dans l'abdomen.

En Angleterre n'a-t-on pas aussi décrit le *flock-fever*, maladie des effilocheurs de chiffons? C'est, d'après M. Parsons, un catarrhe aigu de bronches, avec dyspnée, expectoration des crachats chargés de poussière, durant trois ou quatre semaines, et sévissant seulement sur les ouvriers qui débutent dans cette profession. Après un

(1) Le traitement employé consiste : 1° les purgatifs salins et la tisane de salsepareille alcalinisée quotidiennement avec 8 grammes de bicarbonate de soude; 2° l'application locale de poudre d'amidon et le pansement des surfaces exulcérées avec la pommade suivante :

Axonge		10 grammes
Glycérolé d'amidon		25 —
Salol	ãã	2 —
Camphre		

Ce toue est antiseptique.

Digitized by Google

mois, la tolérance s'établit : en apparence tout rentre dans l'ordre et si on observe des récidives, c'est seulement parmi les effilocheurs qui reviennent à ce travail après l'avoir cessé durant quelque temps.

Dans l'etiologie du *flock-fever*, on a incriminé l'irritation mécanique des voies aériennes par les poussières de chiffons : dans la *maladie des chiffons blancs* de la Basse-Autriche, et dans l'*hadernkrankheit* d'Allemagne, on a voulu voir des variétés d'œdème malin : soit ; on a discuté, on discute encore, — on peut comme cela discuter longtemps ; — et cependant, il n'en est pas moins de vérité vulgaire et manifeste, que s'il n'existe pas « une maladie des chiffons », il y a surtout des affections contagieuses, plus redoutables, par leur nombre et leur génie-ubiquitaire, aux germes desquels les chiffons servent de véhicules. D'où l'accord universel des hygiénistes, plus pratiques et moins doctrinaires, pour réclamer, en tout temps, la désinfection de ces chiffons et, à défaut de celle-ci, en période d'épidémie, la prohibition de leur importation.

IV. **La désinfection des chiffons.** — Cependant, malgré sa simplicité, cette question soulève des difficultés techniques et des oppositions industrielles. Dans sa thèse toute récente et fort intéressante, M. Coquereau les a énumérées en concluant, ce qui vaut mieux, à la possibilité de vaincre celles-ci et de tourner celles-là (1).

Il y a d'abord la *désinfectiom dans la famille* : Celle-là, chacun peut et doit la réaliser ; c'est une mesure d'hygiène domestique et en Angleterre la *Society of medical of Health* l'a bien compris en formulant dans des instructions populaires les conseils suivants, dont j'emprunte en partie la traduction à M. Coquereau.

1° On plongera le linge du malade dans la solution phéniquée dès qu'il a été changé et, avant de l'emporter, l'y laisser une heure. Le laver ensuite à l'eau bouillante ;

2° Au lieu de mouchoirs, employer des chiffons sans valeur, que l'on détruira par le feu dès qu'ils seront souillés ;

3° Désinfecter, avant de s'en servir à nouveau, les vêtements portés par le malade ou pollués de quelque autre manière ;

4° En dehors de la désinfection par l'acide sulfureux ou les étuves, on lavera les lainages avec du savon et de l'eau chargée d'une faible quantité de chlorure de chaux.

L'instruction anglaise omet d'insister sur l'emploi exclusif de solutions désinfectantes *chaudes*. C'est une erreur à mon avis ; il y a donc lieu de l'éviter et de se souvenir qu'une température suffisamment élevée augmente la puissante bactéricide des liquides désinfectants.

J'arrive à la *désinfection des chiffons comme mesure d'hygiène publique*. Avant tout, il faut demander aux pouvoirs publics, d'édicter des précautions sanitaires spéciales concernant la manipulation des chiffons dans les magasins, usines et ateliers, d'établir une surveillance — efficace et réelle, ajouterais-je, — de ces établissements, et en l'absence d'un certificat constatant leur désinfection sérieuse au lieu d'origine, de prohiber l'importation et le transport des balles de chiffons.

Au reste, malgré leurs apparences draconiennes, ces mesures sanitaires sont devenues aisément réalisables.

Un hygiéniste, dont le zèle scientifique ne se ralentira jamais, et dont il convient de ne jamais oublier le nom quand il s'agit de cette question, M. A. Martin, n'a-t-il pas démontré, par ses travaux ingénieux et récents, la puissance germicide de la vapeur sous pression et l'efficacité de la désinfection des chiffons soumis à son action ? (1)

Au point de vue d'hygiène publique on entrevoit donc le jour où à ce régime vraiment trop primitif et un peu barbare de la prohibition, il sera possible de substituer celui plus scientifique et plus libéral de la désinfection. C'est un progrès ; qu'il se réalise ; — et, une fois, hélas ! n'est point coutume — l'industrie, l'hygiène, tout le monde et M. Prudhomme se féliciteront de sa réalisation.

CH. ELOY.

(1) COQUEREAU : Contribution à l'étude de la désinfection des chiffons. (*Thèse de Paris*, 1891).

(1) A. MARTIN (Congrès de Vienne, 1888).

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

CHIRURGIE

La benzine et la kérosène comme désinfectants en chirurgie, par M. LAVRENTIEFF. — Notre confrère russe a voulu mettre à profit les expériences de Langdan sur les propriétés antiseptiques de la benzine du commerce (*Saratovsky Sanitarnyi Obzor*, 1891, n° 9, p. 225).

Il en fait usage pour désinfecter les instruments de chirurgie. La benzine n altère pas le métal et, pour ce motif, serait supérieure aux autres agents parasiticides. Son seul inconvénient est sa volatilité. On peut, d'ailleurs, la remplacer par la kérosène, dérivé du pétrole, dont les propriétés antiseptiques sont équivalentes. Il suffit d'immerger les instruments dans un bain de ces liquides pour les rendre aseptiques. C'est un procédé à mettre à l'essai, N. D.

La castration pour le sarcocèle tuberculeux, par M. GUYON. — Au sujet d'un jeune homme de 24 ans atteint de tuberculose génitale et auquel on a enlevé le testicule droit, M. Guyon se demande quels sont les cas où le chirurgien doit intervenir? (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, juillet 1891).

Dans le cas présent, l'état général du malade était excellent, mais il s'agissait de supprimer un foyer tuberculeux suppurant. Or, le chirurgien le plus scrupuleux peut, en toute sûreté de conscience, attaquer, quand il y a indication, un foyer tuberculeux suppuré sans craindre de nuire à l'état général. Bien que l'on n'enlève pas tous les foyers tuberculeux, il n'y a pas de raison de croire que l'évolution de ces foyers sera favorisée par la castration. L'opération est simple et les suites sûrement favorables. Le malade ne peut donc qu'en bénéficier.

Mais si M. Guyon est partisan de la castration de nécessité ou secondaire, il repousse la castration primitive ou préventive. Il pense, en effet, que la tuberculose génitale évolue fréquemment en restant indépendante de l'appareil pulmonaire et même de l'appareil urinaire. Toutefois, il pense avec M. Lancereaux que les premières manifestations de la tuberculose génitale se

Digitized by Google

font dans les vésicules séminales et que l'invasion de l'appareil génital se fait du dedans au dehors.

Un foyer tuberculeux n'est pas toujours une cause d'infection et la puissance préservatrice de sa suppression n'est pas encore prouvée.

Les partisans de la castration sont nombreux ; mais le secours du chirurgien est surtout utile et presque certainement effectif quand il s'attaque à des foyers tuberculeux suppurés, car il est probable s'il y a une suppuration que, une association microbienne s'ajoute à la tuberculisation. Mais il devrait refuser l'opération à un sujet porteur, par exemple, de bosselures épididymaires tuberculeuses n'ayant déterminé aucun accident.

P. C.

MALADIES DES ENFANTS

De la digestion gastrique retardée des enfants, par M. Wohlmann. — Dans l'état de santé, la secrétion de l'acide chlorhydrique augmente pendant une heure et un quart ou deux heures après l'ingestion du lait. Quand l'estomac est à jeun depuis une heure et demie ou deux heures, la secrétion est neutre. (*Jahr f. Kniderhlk*, b. d. 32, h. 3, 1891).

M. Wohlmann a constaté que dans la dyspepsie aiguë ou chronique et dans la gastro-entérite, cette secrétion ne devient moins abondante qu'après une espace de deux heures et demie ou trois heures ; elle n'est point encore franchement acide. Dans ces conditions la digestion du lait est retardée ; il en conclut que dans cette affection, il convient d'espacer les tétées de trois heures ou bien de diminuer leur abondance.

Il admet, de plus, que le lavage stomacal précédant le repos a pour effet d'augmenter la secrétion du suc gastrique pendant le repos suivant ; c'est là, ajoute-t-il, une indication pour adopter systématiquement ce lavage dans le traitement des dyspepsies chronique infantiles.

S. N.

De la diarrhée estivale des enfants et de sa prophylaxie, par M. Pannwitz. — Elle est causée par le lait altéré. C'est donc un empoisonnement. Cette opinion que soutient l'auteur est légitime ; la diarrhée estivale résulte d'une infection du lait par les bacteries, et survient quand les enfants sont mal nourris, dans les maisons insalubres et à la période des chaleurs estivales (*Vierteljohrschrift f. ger. med und offen. Sinatatwesen*, août 1891, p. 357.)

Moyens de la prévenir : alimentation par du lait pur et bien stérilisé, assainissement des habitations, extension de l'allaitement maternel.

S. R.

Traitement de la diarrhée infantile par l'antipyrine, par M. Saint-Philippe. — L'auteur traite de la façon suivante la diarrhée infantile : d'abord, suppression momentanée de tout aliment lacté qu'il remplace par de l'eau albumineuse ou de l'eau alcoolisée, ou bien dans certains cas par une alimentation légère, espacée et digestible. puis il prescrit le calomel à doses réfractées, un centigramme toutes les heures ou toutes les deux heures, suivant l'âge et jusqu'à ce que la secrétion soit modifiée dans son aspect. C'est alors seulement qu'il administre l'antipyrine qu'il continue jusqu'à retour de la santé, (*Journal méd. de Bordeaux*, 19 juillet 1891).

L'auteur recommande ce traitement contre l'entérite que l'on peut ainsi empêcher de passer à la seconde période, à l'état cholérique.

Il prescrit l'antipyrine à la dose de cinquante centigrammes délayés dans cinquante grammes de sirop de fleurs d'oranger et cinquante grammes d'eau de tilleul, pour les enfants de un à six mois, et leur en fait prendre de cinq à sept cuillerées à café par jour, un quart d'heure avant la tétée, ce qui fait de dix à vingt centigrammes environ, que l'on peut porter à soixante ou quatre-vingt centigrammes pour les enfants un peu plus âgés.

Les enfants prennent le médicament très facilement. L'auteur est d'avis que :

1° L'antipyrine est le médicamennt de choix à opposer aux diverses espèces de diarrhée infantile.

2° Elle agit surtout dans les formes hypercriniques et les formes dyspeptiques, douloureuses et reflexes.

3° Elle est absorbée facilement et il n'y a de contre-indication que de ne pas dépasser les doses compatibles avec l'âge du sujet.

P. C.

THÉRAPEUTIQUE

Du pouvoir antiseptique de quelques sels mercuriels, par M. Battier. — L'idée qui a inspiré ces expériences intéressantes est celle-ci : la combinaison des cyanures mercuriques avec les amines doit donner des composés très antiseptiques et peu toxiques, en raison du rapport atomique entre le poids du métal et celui de l'amine. A cet effet, M. Battier a étudié le pouvoir toxique et antiseptique des chlorures et des cyanures de diphenylmercurammonium A et B. (*Dauphiné méd.*, juillet 1891).

Voici ses conclusions :

Le chlorure de diphenilmercurammonium parait encore rendre des services comme antiseptique. Son étude physiologique est encore incomplète. Le cyanure de même base mériterait aussi d'être essayé. Quant aux dérivés de la naphtilamine B, ce sont des agents éminemment toxiques.

N. D.

Traitement de la gonorrhée, par M. Honichak. — Ce traitement consiste à remplir le canal de l'urèthre avec une poudre astringente et antiseptique, et au moyen d'un instrument porte-poudre : droit quand le siège de l'inflammation se trouve dans l'urèthre antérieur ; court quand il se trouve dans l'urèthre postérieur (*Der aertzliche Praktiker*, 1891, n° 11).

Cette poudre est ainsi composée :

Tanin ..... } ãã parties égales
Iodoforme finement pulvérisé
Sulfate de thalline .....

On répète ce pansement quotidiennement et il est plus favorable que l'emploi des injections.

S. N.

TOXICOLOGIE

Empoisonnement par la santonine, par M. Smith. — Il s'agit d'une fillette de 3 ans et demi qui avait ingéré 15 centigrammes de santonine. Quatre heures après, elle était dans le délire, avec le pouls petit, les paupières modérément dilatées ; pas de diarrhée, de vomissements ni de rash (*Brit. med. Journal*, 6 juin 1891, p. 1224).

L'enfant vomit ensuite ; il survint de l'incontinence d'urine. Ce liquide était jaune safran. Au demeurant, sauf la coloration jaunâtre des téguments, on ne constata aucun phénomène pathognomonique de l'empoisonnement. Le lendemain, tout était dans l'ordre. Il en est souvent ainsi.

N. D.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

MÉDECINE

Traitement de la variole.

Je n'ai pas l'intention d'exposer ici l'histoire complète du traitement de la variole, mais seulement de passer en revue les principales méthodes thérapeutiques employées dans ces dernières années et dont l'expérience semble avoir démontré l'utilité.

La variole, maladie cyclique à manifestations extérieures grossières, semble plus que toute autre devoir présenter les conditions les plus favorables pour l'appréciation de l'efficacité des médications employées contre elle. Il devrait être facile de reconnaître si le traitement

Digitized by Google

parvient à abréger la durée normale de cette maladie dont les lésions évoluent sous nos yeux, à en atténuer l'intensité et particulièrement à en diminuer la suppuration. Mais ce n'est pas la variole pure qui s'offre le plus habituellement à notre observation, c'est la variole modifiée par la vaccine ; or, cette variole modifiée se présente spontanément dans les conditions les plus variables d'intensité. Il n'y a pas seulement, comme on fut tenté de l'admettre à une certaine époque, deux types bien tranchés de variole : la variole normale, non modifiée par le vaccin, essentiellement suppurative; la variole modifiée par le vaccin, dite varioloïde, dont la caractéristique serait de ne pas suppurer. Les idées sur les transformations apportées par la vaccine à l'évolution de la variole, ont été en se modifiant progressivement. Après la découverte de Jenner, dans les années qui suivirent l'adoption de la vaccination, nos devanciers purent croire que tout vacciné était pour jamais à l'abri des atteintes de la variole; cette illusion ne fut pas de longue durée. La constatation authentique de cas de variole chez des sujets anciennement vaccinés vint prouver que la vaccination ne garantit pas pour toujours de la petite vérole tous les sujets soumis à l'inoculation. Les premiers cas de variole observés chez d'anciens vaccinés se montrèrent habituellement légers ; il sembla un instant que, si la préservation n'était pas complète, les anciens vaccinés retiraient au moins de la vaccination une atténuation notable des accidents de la variole. C'est alors que beaucoup de médecins furent portés à admettre que les anciens vaccinés ne pourraient contracter qu'une variole très atténuée, une varioloïde incapable de suppurer. L'humanité pourrait se diviser en deux grandes familles : les non vaccinés, exposés à la variole vraie et à tous les dangers de la suppuration ; les sujets vaccinés, susceptibles tout au plus de contracter la varioloïde, variole très atténuée, incapable de suppurer, maladie sans gravité.

C'était encore trop accorder à la vaccine : les observations ne tardèrent pas à se produire, montrant que, chez les anciens vaccinés, les boutons de variole peuvent suppurer, suppurer même chez quelques-uns aussi abondamment que chez les sujets non vaccinés. De telles observations allèrent même se multipliant de plus en plus, et, alors que, dans les premiers temps de la généralisation de la vaccine, les sujets vaccinés paraissaient absolument à l'abri des atteintes de la variole, aujourd'hui le nombre des anciens vaccinés atteints de varioles suppurées, voire même de varioles suppurées graves, augmente à chaque épidémie. Faut-il attribuer cette augmentation à une infériorité de qualité des vaccins aujourd'hui employés ? Est-elle due à ce fait incontestable que le nombre des sujets très anciennement vaccinés est aujourd'hui considérable et que l'influence vaccinale s'épuisant avec le temps, le chiffre des sujets n'ayant plus qu'une sauvegarde vaccinale très affaiblie, insignifiante, est aujourd'hui beaucoup plus élevé qu'autrefois. Je ne m'attarderai pas à discuter ces deux hypothèses; il m'est cependant impossible, dans un article consacré à l'étude du traitement de la variole, de ne pas rappeler une conclusion thérapeutique qui découle de l'épuisement progressif de l'influence vaccinale, conclusion à la vulgarisation de laquelle tout médecin doit activement travailler, c'est la nécessité de se faire revacciner, de se faire revacciner souvent, de se faire revacciner chaque fois qu'on est obligé de vivre dans un milieu épidémique. C'est une nécessité aujourd'hui patente et la revaccination fréquente doit faire partie intégrante du catéchisme médical moderne ; elle constitue la thérapeutique médicale par excellence, la médecine préventive.

La modification de la variole par la vaccine a rendu plus inégale l'intensité, plus irrégulière l'évolution de chaque cas de variole, partant plus difficile le pronostic, plus compliquée l'appréciation de l'influence des moyens thérapeutiques employés. Alors que dans les siècles derniers, la variole se présentait sous quelques types d'intensité variable, mais peu nombreux et remarquablement réguliers dans leur évolution, aujourd'hui, chez nos anciens vaccinés, la petite vérole se présente avec une gravité, une allure variables à l'infini avec le plus ou moins haut degré d'influence vaccinale conservée. Depuis le sujet que l'action bienfaisante du vaccin conservée dans son entier met complètement à l'abri de la variole, jusqu'au malheureux qui a perdu tout ou l'immense majorité de cette influence et qui sera atteint d'une de ces varioles suppurées confluentes que nous sommes incapables de distinguer des varioles les plus terribles des sujets non vaccinés; entre ces deux extrêmes, toute une échelle insensiblement graduée de cas de plus en plus graves s'offre à nous :

Suivant l'influence conservée, la variole pourra offrir les degrés d'intensité les plus variables ; ici il surviendra à peine quelques pustules sans accidents généraux notables ; la maladie est à telle point atténuée et modifiée, que le diagnostic avec la petite vérole volante peut être difficile; là, l'influence vaccinale paraît absolument perdue, la maladie ne semble plus aucunement modifiée; elle présente les mêmes accidents généraux graves, la même durée des périodes d'éruption, de suppuration, la même abondance de suppuration que la variole vraie.

Rien ne nous permet de prévoir d'avance et d'une façon positive quel est chez chaque malade le degré de l'épuisement vaccinal et partant quelle a chance d'être la gravité de la variole ; ni l'ancienneté de la vaccination, ni le nombre, ni la grandeur des cicatrices vaccinales constatées chez le malade ne permettent d'établir même une présomption. Deux conditions doivent intervenir puissamment dans le degré de persistance de cette influence vaccinale ; la qualité du vaccin employé, la personnalité du malade. Si les études récentes et magistrales faites sur le développement et l'activité des virus ont montré qu'il est possible de tomber sur des vaccins de puissance fort différente, il est aussi certain que les divers inoculés se comportent fort différemment en face du vaccin. Il est des sujets chez qui toute revaccination en nérienne, quelque rapprochée qu'elle soit, est presque à coup sûr suivie de succès; chacun de nous compte un certain nombre de ces clients, qui se font revacciner avec un résultat positif tous les cinq ou six ans et qui semblent incapables de garder l'influence vaccinale.

Digitized by Google

quelle qu'ait été la qualité du vaccin humain ou animal employé ; ce sont, pour ainsi dire, les paniers percés de la vaccination ; ils ne savent conserver quelque temps ce trésor et en laissent échapper par tous les pores l'influence bienfaisante. A côté de ces sujets, et heureusement plus nombreux sont ceux qui, une fois vaccinés, résistent à tous les essais nouveaux de vaccination.

La variole, en atteignant de tels sujets, les trouvera dans des conditions de résistance absolument inégales et elle se présentera avec des différences d'aspect, de gravité proportionnées à l'aptitude de chacun des malades à conserver l'influence vaccinale.

Dans cette maladie, défigurée par l'intervention de la vaccine, est-il encore possible de débrouiller l'action d'un traitement ? De décider s'il a en un degré quelconque modifié la marche de l'affection ? Pour ma part, je crois la chose encore assez facile.

Le médecin appelé dans le courant d'une épidémie à la direction d'un service de varioleux, pourra, après quelque temps d'éducation, deviner dès le début de la maladie, par la gravité des symptômes généraux initiaux, par l'abondance de l'éruption, quelle sera la gravité de la maladie, quelle devra se montrer l'abondance de la suppuration. Partant il pourra avec certitude, en voyant un traitement modifier couramment le pronostic qu'il avait porté de la maladie, atténuer la gravité, diminuer l'abondance de la suppuration, il pourra dis-je, reconnaître l'efficacité plus ou moins réelle, plus ou moins grande de ce traitement.

Je ne crois pas qu'il faille se ranger du côté des sceptiques qui ne veulent accorder qu'à la vaccine toutes les atténuations observées chez les anciens vaccinés ; nous savons trop aujourd'hui qu'un peu d'hygiène ne suffit pas pour se tirer heureusement d'affaire avec tous les anciens vaccinés.

Ayant eu la direction de services de varioleux en 1870 et en 1880-1881, j'ai trop souvent constaté l'insuffisance absolue de la vaccine pour n'avoir pas reconnu le besoin de chercher un traitement efficace pour maint ancien vacciné autant que pour les sujets non vaccinés ; je n'ai cessé de suivre avec intérêt les efforts des médecins qui, ne cédant pas à la doctrine démoralisante de l'expectation plus ou moins armée qui régnait en maîtresse, il y a un quart de siècle, se sont efforcés de trouver pour les varioleux vaccinés ou non des moyens de soulagement plus réels, des atténuations véritables. Je crois qu'on peut, sans être taxé d'exagération, dire que leurs recherches n'ont pas été inutiles.

Les médications nouvelles de la variole ont été empruntées à deux moyens d'action différents : les pansements antiseptiques ; la médication interne.

La pensée d'atténuer la suppuration chez les varioleux en pratiquant le pansement direct des pustules varioliques est une de celles qui se présentent le plus naturellement à l'esprit : on peut voir ce procédé thérapeutique recommandé sous une forme ou sous une autre depuis les Arabes jusqu'à nos jours. De 1820 à 1825, la *méthode ectrotique* sembla même conquérir une splendeur nouvelle. Bretonneau, Serres, Velpeau s'en firent les défenseurs.

Bretonneau perçait le sommet des pustules avec une aiguille d'or ou d'argent mouillée d'une solution de nitrate d'argent.

Serres touchait les pustules isolées avec la pointe d'un crayon de nitrate d'argent sans les ouvrir ; l'application était répétée tous les deux ou trois jours. Pour la cautérisation en masse des surfaces à éruption confluente, Serres employait des solutions de nitrate d'argent d'intensité graduée à 75 centigrammes, 1 gramme 50 centigrammes, 2 grammes pour 30 d'eau ; l'application était faite au moyen d'un petit pinceau de charpie qu'on promenait sur la surface qu'on voulait cautériser.

D'une application délicate, la méthode des cautérisations par le nitrate d'argent provoquait une douleur cuisante de plusieurs heures de durée ; elle était suivie parfois de phénomènes de réaction intense, d'inflammation, de gonflement de la face considérables et nécessitant pour leur propre compte, l'emploi d'un traitement antiphlogistique énergique. Cette méthode douloureuse et quelquefois dangereuse, tomba rapidement en désuétude ; elle n'est plus guère employée aujourd'hui que pour le traitement des pustules de la conjonctive.

Les applications locales le plus généralement employées aujourd'hui dans le traitement de la variole sont les applications antiseptiques, et particulièrement les applications mercurielles.

En 1774, Zimmermann proclamait déjà l'utilité des applications mercurielles pour prévenir le développement des pustules de la variole ; ce sont encore les préparations hydrargyriques qui paraissent, à la plupart des auteurs contemporains, les plus efficaces. On peut les employer sous forme de solutions, de pommades, de masques faits soit avec l'emplâtre de Vigo, soit avec le collodion au sublimé (Robert de Latour).

Les masques simples au collodion ou à la gutta percha, tout aussi bien que les masques mercurialisés ont le grave inconvénient d'exercer à un moment donné une compression excessive. Leur rigidité les empêche de suivre la tuméfaction des tissus dans leur développement et la compression qu'ils exercent sur la peau peut devenir dangereuse. Comby a rapporté à la Société médicale des hôpitaux (mai 1886) l'observation d'une malade qui avait succombé aux suites d'une application de collodion : celle-ci avait été suivie de la formation d'une véritable brûlure au deuxième et même au troisième degré qui fut la cause de la mort. L'emploi des masques abortifs est souvent à ce point douloureux et intolérable que nombre de malades en réclament à grands cris l'ablation. Ceci nous explique pourquoi les pommades mercurielles sont préférées par la plupart des médecins aux sparadraps.

Il peut être dangereux, comme le pensaient Blache et Guersant, de généraliser l'application des pommades à toute la surface du corps, comme le conseillait Briquet ; il faut en limiter l'emploi aux régions les plus en vue et le plus atteintes, face, mains, pieds. Voici le mode opératoire recommandé par mon maître, M. Dujardin-Beaumetz :

Il applique sur le visage de l'emplâtre de Vigo cum mercurio en masse épispastique, en recouvre avec soin

Digitized by Google

toutes les parties de la face, puis saupoudre le tout avec la poudre d'amidon. De nouvelles couches de pommade et d'amidon sont appliquées sur les points où se produisent des fissures et des craquelures, dans le but de maintenir la continuité du masque. Ces applications, commencées aux premières périodes de l'éruption, font avorter les pustules de la face, sauf cependant au pourtour des lèvres et de la bouche où les mouvements incessants empêchent le masque d'adhérer.

Révilliod (1873) a recommandé l'emploi d'une pommade composée de 10 parties de savon, 4 de glycérine, 20 d'onguent napolitain.

Talamon (*Société médicale des hôpitaux*, avril 1890) a appliqué d'une façon suivie et méthodique le traitement local antiseptique : Il a employé sur la figure les pulvérisations éthérées de tannin, d'iodoforme, de salol, de sublimé ; finalement, c'est la solution de *sublimé* au cinquantième qu'il a adoptée. Il faut pratiquer 3 ou 4 pulvérisations par jour ; chaque pulvérisation doit arriver à faire blanchir la surface des pustules et de la peau ; une durée d'une minute environ est nécessaire pour arriver à ce résultat ; les intervalles de la peau saine s'irritent et peuvent arriver à la vésication. C'est seulement dans les formes cohérentes confluentes et dans les formes moyennes que la médication s'est montrée utile ; dans les premières, elle a modéré la suppuration ; dans les dernières, elle est arrivée à l'enrayer et même à la faire avorter. Sous l'influence des pulvérisations, les cicatrices se sont effacées et les faces en écumoire se sont amendées.

Un quart d'heure après chaque pulvérisation, il est bon de pratiquer un badigeonnage avec le glycérolé de sublimé au quinzième.

Les bains tièdes avec 30 grammes de sublimé ne sont pas arrivés à supprimer la suppuration dans les formes graves ; ils ont rendu les abcès plus rares.

M. Renaut, dans une communication faite au Congrès de dermatologie de Paris (1889), s'est complètement rallié au traitement de M. Talamon.

Dr Du Castel,
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

(*A suivre.*)

FORMULAIRE DU PRATICIEN

MÉDECINE

I. **Comment doit-on traiter le goître exophtalmique ?** — Les médicaments nervins et vaso-moteurs n'agissent guère. La vératrine, préconisée bruyamment, à doses fractionnées, procure une atténuation momentanée de l'excitabilité bulbaire ; l'antipyrine procure les mêmes résultats passagers et la trinitrine rend seulement des services pour diminuer la tension vasculaire. La digitale, qui augmente la pression vasculaire, n'est point indiquée. L'hydrothérapie, associée ou non à l'électrothérapie, paraît plus fidèle au début et dans la période d'état de la maladie. Elle constitue la base du traitement auquel on associera, avec M. Jaccoud, les arsenicaux et les bromures.

1° Traitement externe. Tant que la tension artérielle reste normale ou exagérée : elle convient, comme M. H. Huchard l'a prouvé dans ses magistrales *Leçons sur les maladies du cœur*, à la période d'asystolie pour combattre l'asthenie cardio-vasculaire (1). L'hydrothérapie convient à la majorité des cas. Comment l'administrer ?

Aux personnes impressionnables, on débutera par des *douches* tièdes en pluie pendant quelques secondes ; puis, l'accoutumance se faisant, on la remplacera par des douches froides dont graduellement on augmentera la durée.

Si, malgré ces précautions, la douche n'est point tolérée, on la remplacera par des *lotions* générales.

Aux anémiques, on prescrira d'emblée la douche froide mobile et modérément percutante (Beni-Barde), mais en évitant (Rendu) la région cervicale.

L'hydrothérapie diminue l'éréthisme nerveux et le rhytme accéléré du cœur.

Existe-t-il des troubles menstruels ? M. Beni-Barde a recours aux bains de siège froids, aux bains de pied chauds ou froids, ou aux douches utérines.

Pendant la durée du traitement hydrothérapique, et quotidiennement, il convient de faire appliquer, pendant quelques instants, des *courants continus* ascendants, de faible intensité sur le trajet des nerfs vagues de chaque côté du cou.

La *méthode électrothérapique* de Vigouroux rend parfois des services. Elle consiste dans l'emploi alternatif de la galvanisation et de la faradisation.

Celle-ci s'obtient en appliquant de chaque côté du cou et durant *dix minutes* le *pôle positif* derrière le cou, et le *pôle négatif* à la région carotidienne. Mêmes applications, pendant *cinq minutes* sur la tumeur thyroïdienne.

Celle-là consiste à employer des courants galvaniques de modeste intensité : le *pôle positif* étant placé sur la région précordiale et le *pôle négatif* en arrière du cou.

L'hydrothérapie et l'électrothérapie doivent être continuées pendant cinq à six mois.

2° Traitement interne. A l'exemple de M. Jaccoud, on peut administrer alternativement les arsenicaux et les bromures.

L'acide arsénieux sera prescrit à doses croissantes, en débutant par deux milligrammes et en les portant, par échelons, à quatre, six et huit milligrammes par jour, durant une semaine.

Pendant la semaine suivante, cesser l'arsenic et le remplacer par une dose quotidienne de bromure de potassium, de deux à quatre grammes, que l'on ingérera en deux prises, le matin et le soir, en véhiculant chaque prise dans une eau minérale alcaline.

La période d'asystolie vient-elle à s'ouvrir ? Le danger immédiat n'est plus dans le goître exophtalmique, mais

(1) H. Huchard. Maladies du cœur et des vaisseaux (1889), p. 794, et voir du même auteur : Quand et comment doit on prescrire la digitale ? *Les Mementos thérapeutiques des praticiens* (1890) et la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* (1887 et 1888).

Digitized by Google

dans l'asthénie cardio-vasculaire. C'est le moment de la digitale, qu'il s'agisse d'une *asystolie temporaire* (dilatation aiguë du cœur), ou d'une *asystolie permanente* (lésion vulvulaire, sclérose myocardique) (H. Huchard).

On évitera également de la hardiesse de Trousseau, prescrivant 100 gouttes de teinture de digitale par jour, et la timidité de Guéneau de Mussy, condamnant sévèrement l'usage de ce tonique du cœur.

Après une semaine, cesser les bromures et revenir aux arsenicaux. Enfin, répéter cette même alternance de huit jours en huit jours.

Comme cure hydrominérale, on conseillera les eaux ferrugineuses comme celles de Pyrmont, Bussang, Vals, etc.; mais, comme les indications varient, il y a lieu aussi parfois d'essayer les eaux de Néris, Lamalou, Châtel-Guyon, Plombières, Saint-Nectaire, etc., etc.

3° Traitement hygiénique : D'une importance considérable, il consiste dans l'abstinence sévère du tabac, du thé, du café et de l'alcool; dans l'abstention de tout effort violent, des exercices de force, des fatigues musculaires, des vives émotions; enfin, dans le *régime lacté* intégral, « à moins d'une intolérance absolue pour le lait, que le malade doit ingérer à raison de un ou de deux litres chaque jour. »

Le succès du traitement dépend autant de sa longue durée que de la docile attention du malade à en suivre scrupuleusement les prescriptions.

A maladie de marche chronique, c'est un traitement de longue durée qui convient.

Ch. Eloy.

II. **Elixir eupeptique à la cocaïne.** — Au lieu de la solution aqueuse de chlorhydrate de cocaïne titrée à un ou deux millièmes et administrée par cuillerées à soupe, on substitue avantageusement l'élixir suivant, préparation plus stable, mieux dosée et de meilleure conservation, dont M. H. Huchard a donné une formule :

Hydrochlorate de cocaïne....	1	gramme
Acide chlorhydrique.....	5	grammes
Elixir de Garus.....	500	—
Eau distillée.....	100	—

Dose : une verrée à liqueur, après chaque repas, contre les dyspepsies douloureuses, la gastralgie et les vomissements.

OTOLOGIE

III. **Traitement de l'otite catarrhale des enfants.** — Il diffère suivant l'âge de l'enfant :

Chez le nouveau-né: injections dans le conduit auditif externe avec la décoction chaude de pavot additionnée d'un quart d'eau boriquée à 3 pour 100.

Diminuer la douleur par l'introduction dans la conque d'un tampon d'ouate hydrophile imbibé d'huile morphinée.

Après la cessation de la période aiguë, faire suivre chaque injection par un badigeonnage du conduit auditif avec la glycérine phéniquée aux deuxmillièmes, ou, mieux, insufflations de salol finement pulvérisé.

Chez les enfants âgés de deux à trois ans: révulsion derrière l'oreille, avec une mouche de Milan que l'on enlèvera après vingt-quatre heures, et, contre la douleur auriculaire, tampons d'ouate imbibés d'huile chloroformée.

Pour les irrigations, employer l'eau boriquée à 4 pour 100, le sublimé à 2 pour 1000, le chloral à 4 pour 100 ou la glycérine phéniquée au millième.

Comme révulsif sur le tube digestif: prescrire le calomel, l'huile de ricin ou bien la magnésie.

Une condition de succès du traitement externe est de pratiquer les irrigations avec un liquide aussi chaud que possible.

N. D.

CORRESPONDANCE DES DÉPARTEMENTS

Saint-Pol de Léon (Finistère), 30 août 1891.

A propos de la stercorémie aiguë

L'article de M. le Dr Duclos (1), au sujet de la stercorémie aiguë, m'engage à faire part de deux cas types observés dans ma clientèle, et dont l'évolution a été plus rapide.

Le premier concerne une femme de 45 ou 50 ans environ, assez souvent constipée. Quand je la vis, il y avait 8 jours environ qu'elle n'était pas allée à la selle. Elle présente de la stupeur, une langue sèche, rôtie, une température de 39°5, le pouls très rapide. Elle se plaint de douleurs abdominales, peu violentes d'ailleurs. Le ventre est tendu, légèrement douloureux à la pression sans localisation précise ; pas de taches rosées. L'examen successif des grands appareils (poumon, cœur, etc.) est négatif. Urines rouges, fébriles. Je prescris une dose d'huile de ricin en annonçant à la famille une fièvre typhoïde probable. Le lendemain, après une purgation abondante, la fièvre était tombée, la langue souple, l'intelligence revenue, et cet état se maintint, grâce à un laxatif de temps en temps.

L'année dernière, vers le mois d'août, je suis appelé en toute hâte pour voir un jeune cultivateur de 17 ans atteint, me dit-on, de fièvre cérébrale. Je trouve un sujet robuste dans un coma complet : révolution des membres, contraction des pupilles (avec insensibilité presque complète à la lumière), à peine quelques grognements quand on le pince ; efforts de vomissements dès que ses parents essayent de le faire avaler un peu de liquide. La température est à 40°, le pouls rapide. L'exploration méthodique de tous les organes donne un résultat négatif. Comme il n'y a pas de fièvre paludéenne dans le pays, je ne puis songer à un accès pernicieux, je pense plutôt à une congestion cérébrale étant donnés l'époque (20 août) et les travaux des champs pour la moisson. Cependant les parents nient qu'il se soit exposé à une insolation : après un ou deux jours de malaise, disent-ils, ils l'ont trouvé le matin dans le coma. Il s'était plaint quelques jours auparavant de constipation. Je prescrivis un purgatif et des lotions froides souvent répétées et j'annonçai aux parents une méningite possible, afin de ménager ma responsabilité. Pour le lendemain, mon malade était guéri. Il avait rejeté une partie du purgatif, mais cependant, sans doute sous l'influence des lotions froides répétées sur l'abdomen, il avait eu des évacuations abondantes. A mesure, les symptômes graves disparaissaient. Il déclara n'avoir pas eu d'insolation, mais être resté plusieurs jours sans aller à la selle, contre son habitude.

Il me semble que l'influence heureuse du traitement, les circonstances de l'apparition des accidents graves permettent de considérer ces cas comme étant de la stercorémie *aiguë*, ils sont remarquables par leur apparition rapide, à la suite d'une constipation de plusieurs jours, la rapidité de leur disparition sous l'influence d'un purgatif. Je réserverais plutôt aux cas du Dr Duclos le nom de stercorémie *subaiguë*, et enfin celui de *stercorémie chronique* à cette sorte de cachexie avec teint

(1) Duclos (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 19 août 1891).

Digitized by Google

terreux, alanguissement de toutes les fonctions, consécutive à certaines constipations habituelles.

Comment expliquer cette sorte d'empoisonnement, alors que d'autres sujets ne semblent pas incommodés par des constipations prolongées? Est-ce affaire de régime? Mes deux clients étaient cultivateurs, vivaient de lait, de légumes et de farineux, nourriture qui est réputée fournir peu de ptomaïne toxique. Est-ce une question de saison? Mes deux cas se sont produits pendant la période des chaleurs, à quelques années de distance; le cas cité par M. Duclos évolue au mois de juillet, mais je n'ai pas un assez grand nombre d'observations pour donner une réponse même approximative à ces questions?

Dr L. Bagot.

REVUE DES THÈSES

De la responsabilité atténuée (*Etude médico-légale*), par M. le Dr Thierry Henri. (*Thèse de Paris*, 1891).

Cette thèse, qui contient 230 pages, s'appuie sur des rapports très soignés, dus à MM. Brouardel, Garnier, Socquet-Avoisin, concluant à l'atténuation de la responsabilité.

« La responsabilité atténuée est un terme conventionnel servant à désigner une catégorie de gens suspects au point de vue mental qu'on ne saurait classer parmi les irresponsables totaux », et à ce sujet l'auteur décrit 1° les infirmes de naissance, héréditaires arriérés, semi-imbéciles, amoraux; l'infantilisme, le féminisme; 2° les malades, la femme pendant l'époque menstruelle, la grossesse, la ménopause, la syphilis cérébrale, les maladies du cœur, les troubles intellectuels précédant certaines formes de la tuberculose, les maladies infectieuses, le brightisme, les traumatismes, les intoxications, alcool, mercure, tabac, morphine, éther, sulfure de carbone, vapeurs de charbon, l'épilepsie, l'hystérie, la neurasthénie et la sénilité; des chapitres intéressants sont consacrés à l'historique, à la législation comparée. Le chapitre 2 est le plus original, car il traite du droit de punir et des enfants moralement abandonnés, du droit de défense sociale et de notre Code pénal actuel.

L'auteur fait remarquer que la création de la responsabilité atténuée fait naître un type intermédiaire non prévu par le Code pénal, qui n'admet que les deux termes : folie ou raison, et que, pas plus dans l'esprit du législateur que dans l'esprit du médecin, les circonstances atténuantes ne répondent à l'atténuation de responsabilité. « Des criminels, fait observer avec raison l'auteur, d'autant plus dangereux qu'ils sont ouvriers conscients, bénéficient d'acquittements que l'on impute aux médecins légistes. Leur mise en liberté crée un péril social. Si la société n'a pas le droit de punir, elle a le droit de se défendre. » Nous ne saurions trop approuver de telles réflexions; mais où nous le suivrons moins, c'est lorsqu'il propose d'accroître la liberté du jury en créant une solution intermédiaire, correspondant aux responsables avec atténuation. Jusqu'ici il n'y aurait pas grand mal, mais il désire que le jury ait, dans chaque cas particulier, le choix entre la condamnation, la liberté et l'Asile spécial.

Cet asile spécial serait réservé à certains criminels à responsabilité douteuse dont la situation exige une « neutralité armée ». C'est de la grande question des asiles d'aliénés criminels, adoptés déjà par la loi venue au Sénat, et qui se retrouve dans le rapport de M. Reinach, qu'il s'agit. Nous l'avons combattue au Congrès de Rouen de 1891, nous la combattrons de nouveau en lisant la citation de M. Simal, médecin légiste belge, sur laquelle s'appuie l'auteur : « Cet asile sera une prison où ne se trouveraient ni chaînes, ni cachots, ni châtiments, mais où l'isolement individuel tiendra, à l'occasion, lieu de moyens de contrainte et où l'initiative médicale sera la plus importante. » Il suffit de se rappeler les individus pour lesquels, dans les rapports cités par l'auteur, l'atténuation de responsabilité atténuée a été proposée, pour se convaincre du rôle illusoire de l'initiative médicale vis-à-vis de ces sujets, et en particulier de ceux que l'auteur appelle amoraux et qui ne comprennent, en fait de raisonnement, que la vue des chaînes, cachots et châtiments. Sous ces réserves, tous nos compliments à l'auteur, dont la thèse sera lue de chacun avec plaisir et avec fruit. Charpentier.

Etude sur la loi de régression dans la démence, par M. le Dr David Szygot. — (*Thèse de Paris*, 1891).

Thèse trop peu travaillée pour un aussi beau sujet; dans la démence les sentiments et les idées disparaissent dans un ordre inverse de leur acquisition, et, pour le prouver, l'auteur donne une citation imparfaite de Cl. Bernard sur la nutrition et la génération comme premières à se développer (ce qui est erroné pour la génération), et nous parle d'un paralytique général qui, à la dernière période de la démence, se masturbait. Mais n'a-t-il pas vu, à la Clinique des maladies mentales, que l'impuissance, l'abolition des fonctions sexuelles constitue un prodrome fréquent de la paralysie générale; confondant la sensibilité acoustique de l'oreille aux sons musicaux avec le sentiment musical esthétique, l'auteur montre un dément paralytique encore sensible à la sonate de Kreutz et en conclut que ce sentiment ne doit pas être d'ordre supérieur, puisqu'il est un des derniers à disparaître. Cette proposition peut être vraie pour son paralytique, mais n'atteint pas la classification esthétique de Herbert Spencer, comme le croit l'auteur; l'idée de la loi de régression dans la démence n'en persiste pas moins, elle a déjà été exprimée par nous et par d'autres cliniquement et il est à espérer qu'un observateur laborieux la reprendra avec des matériaux plus nombreux et mieux élaborés.

Dr Charpentier.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES FRANÇAISES

Paris. **Société clinique** (juillet 1891) : *I. Traitement mercuriel de la diphtérie.* — Grenoble. **Société de médecine de l'Isère** (3 juillet 1891) : *II. La cheiloplastie par incision coudée.*

I. Traitement mercuriel de la diphtérie. — Celui-là, tout au moins n'est pas nouveau car il y a beau temps qu'on a utilisé et recommandé les mercuriaux en général et les frictions hydrargyriques en particulier contre l'angine et la laryngyte pseudo-membraneuses. On connaît aussi les reproches, parfois exagérés, que l'on formule contre cette médication.

M. Catuffe n'a point éprouvé ces scrupules dans les six cas qui font l'objet de son travail et dans lesquels, inutilement, il avait essayé le collutoire phéniqué de M. Gaucher et le collutoire salicylique de M. J. Simon.

Le traitement qu'il a employé avec succès (un seul décès sur cinq cas) — consiste dans les frictions mercurielles. Il pratique ces frictions toutes les heures durant le jour, toutes les deux ou trois heures pendant la nuit; sur les lieux d'élections et chacune au moyen de 1 à 2 grammes d'onguent napolitain. Simultanément pour prévenir la stomatite mercurielle, lavages buccaux fréquents avec la solution de chlorate de potasse et traitement général. Enfin, examen qualitatif quotidien des urines au point de vue de l'albumine.

En effet, l'accident le plus redoutable, pendant le cours de la médication hydrargyrique, est l'intoxication et la néphrite. Les malades de notre distingué confrère en ont été exempts et leurs fausses membranes ont disparu, malgré la modération de la salivation.

En fait, les conclusions de M. Catuffe sont prudentes. On doit les accepter et souhaiter, avec lui, de voir ce traitement

Digitized by Google

être, de nouveau, employé avec quelque confiance et aussi avec une certaine prudence. En tous cas, c'est une médication complémentaire. Et puis de tous les nécrophytiques et de tous les antiseptiques, les mercuriaux ne sont-ils pas, jusqu'à présent encore les moins infidèles ? (1)

II. La cheiloplastie par incision coudée. — Ce procédé a été recommandé par M. Pollosson, comme supérieur aux autres modes de restauration des pertes de substance de la lèvre inférieure. C'est aussi l'avis de M. Montaz, dont l'habileté chirurgicale est justement estimée dans le corps médical de l'Isère.

Ce procédé consiste, lorsque toute la lèvre a été enlevée pour l'ablation d'un cancer, à prolonger la ligne des commissures par une incision transversale bilatérale.

Cette incision, coudée en son milieu, a une étendue de 3 ou 4 centimètres et intéresse toute la joue : peau et muqueuse. On a ainsi, de chaque côté, un lambeau cutané et muqueux qu'on peut rapprocher et suturer avec son congénère, sur la ligne médiane.

Si on veut une adaptation irréprochable, il faut, de toute nécessité, faire une incision bilatérale, longeant le bord inférieur de la mâchoire, puis décoller le lambeau du maxillaire. Le glissement se fait alors aisément et la suture est facile.

Quant au coude laissé par l'incision supérieure, on le suture également.

Ce procédé de cheiloplastie a l'immense avantage de faire des lambeaux doublés de muqueuse bien nourris c'est-à-dire ne se rétractant pas. Il laisse loin derrière lui tous les procédés à lambeau cruenté. La lèvre présente une partie cutanée et une partie muqueuse, ce qui la rapproche des conditions normales.

M. Montaz l'a employé dans un cas où la lèvre avait été enlevée en totalité pour un énorme cancroïde. Le succès a été complet et fait honneur au chirurgien. On doit donc le préférer à la cheiloplastie par le procédé en visière.

S. N.

REVUE DES CONGRÈS

Congrès international d'hygiène et de démographie

(7e SESSION, TENUE A LONDRES DU 10 AU 17 AOUT 1891 (1)

I. *Botulisme et empoisonnement par les viandes.* — II. *Les maladies causées par le lait et la législation sanitaire des fermes à lait.*

I. Botulisme et empoisonnement par les viandes. — Cette question devait, on l'espérait, faire l'objet d'un important débat dans la section « de médecine préventive ». Encore une illusion ; si les trois communications de MM. Ballard, Blanchard et Vaughan donnent bien un aperçu des idées actuelles sur ces empoisonnements, elles ne permettent guère cependant de formuler des conclusions vraiment pratiques.

A côté des intoxications par les viandes corrompues, c'est-à-dire par des ptomaines développées en présence des microbes, il y a, M. Blanchard était fondé à le rappeler, les empoisonnements par la chair ou les viscères d'animaux vénéneux : telles les intoxications observées après l'ingestion de certaines anguilles dont le sang contient l'ichthyotoxine de Mosso ; du tétrodon et du diodon au Japon ou de la malatta de la mer des Antilles.

Il convient donc d'établir une distinction à la fois pathogénique, clinique et hygiénique entre les empoisonnements produits par l'ingestion de la chair de ces animaux et le botulisme causé par la viande putréfiée. Ici ce sont des ptomaines qui interviennent ; là, des lencomaines.

De plus, autre distinction à établir avec M. Vaughan. L'ingestion de la chair des animaux peut causer des accidents toxiques pour trois motifs : 1° parce qu'elle provient d'un animal malade ; 2° par la pénétration de germes pathogènes venant du dehors (bacille d'Eberth et bacille de Lœffler), la viande servant ainsi de véhicule à la maladie ; 3° par le développement des paprophytes ordinaires.

Il importe donc, dans les recherches auxquelles les empoisonnements donnent lieu, de compléter l'analyse chimique par l'examen bactériologique et des cultures. Celui-ci complète celle-là.

Eh bien ! ces remarques ne modifient point l'argumentation de M. Ballard (de Londres) qui, d'ailleurs, insiste, avec tout le monde, sur la différence pathogénique à retenir entre l'action des microbes et celle de leur poison chimique, la ptomaine.

L'expérience prouve que, après une durée variable, ces microbes disparaissent ; il y a donc dans un empoisonnement par les viandes altérées une phase e quelque sorte microbienne. Les ptomaines se détruisent également, après un délai analogue : c'est admettre aussi une phase ptomaïnique. C'est, de plus, conclusion intéressante au point de vue pratique, reconnaître le motif pour lequel la toxicité de ces viandes se modifie, varie et, à un moment donné, disparaît.

La viande de porc a été la cause la plus fréquente des accidents signalés par les auteurs. Pourquoi ? On a invoqué la nature des préparations culinaires, et une cuisson incomplète : non ; pour M. Ballard, il faut attribuer ce fait à la richesse de cette viande en gélatine ; substance constituant, on le sait, un terrain éminemment favorable à la culture et à la multiplication des microbes.

Autre remarque plus clinique : il y a des différences considérables dans le temps qui s'écoule entre l'ingestion des aliments suspects et les premiers accidents toxiques : c'est une sorte d'incubation de l'empoisonnement. On a vu celui-ci débuter une demi-heure après le repas ; on l'a vu aussi se produire quelques heures plus tard. Pourquoi ces différences ? C'est que, dans le premier cas, et avant même l'ingestion des aliments, les microbes avaient élaboré la ptomaine (empoisonnement précoce). C'est que, dans le second cas, il leur a fallu un délai plus grand pour secréter cette substance ou que ce travail chimique a commencé seulement dans l'estomac (empoisonnement tardif).

Les mesures prophylactiques à observer pour prévenir ces accidents sont connus : M. Ballard les résume ainsi :

1° Cuisson complète des aliments ;

2° Ventilation et propreté scrupuleuse des locaux destinés à la préparation, à la conservation des aliments ou à leur salaison.

3° Précautions minutieuses pour éviter la véhiculation des germes par l'atmosphère ou la pénétration d'un air contaminé.

Il eût été désirable d'entendre formuler, par le Congrès, des vœux pour la surveillance sanitaire de l'industrie des conserves. Il y a un intérêt international à réaliser ces mesures ; on semble trop l'avoir oublié.

II. Les maladies causées par le lait et la législation sanitaire des fermes à lait. — Après la viande, le lait.

Ce liquide peut être nuisible de trois manières :

1° Parce qu'il provient d'une vache en puissance de maladie. M. Peronciti (de Turin) le prouve en citant les recherches de Binsferro sur la transmission de la tuberculose par le lait de vaches tuberculeuses, et M. Robinson, en faisant le récit d'une

(1) Voir : Ch. Eloy. De la conduite à tenir dans un cas d'angine couenneuse (*Revue générale de clinique et de thérapeutique* : n°s 26 et suivants, 1891).

(1) Fin. Voir : n°s 34 et 35.

Digitized by Google

épidémie de fièvre typhoïde et de cas de fièvre aphteuse de même origine.

2° Parce qu'il est contaminé par les mains malpropres des ouvriers qui le manipulent. M. Brown a insisté sur cette cause d'infection.

2° Parce qu'il a subi, après la traite, des altérations.

Comment prévenir ces dangers? Pour M. Vacher (de Birkenhand), par la réglementation suivante : 1° registration de toutes les fermes à lait et laiteries; 2° inspection sévère de ces établissements; 3° instructions destinées à renseigner le public sur l'utilité de consommer le lait bouilli, pour éviter les dangers de la tuberculose.

M. Ostertag (de Berlin) constate l'accord unanime des hygiénistes pour réclamer une inspection sanitaire plus complète du lait. On légifère beaucoup contre les fraudes sur le lait, c'est bien; mais l'addition de produits étrangers colorants ou autres et le coupage avec l'eau ne sont point les seuls dangers.

C'est une vérité, bien acquise depuis longtemps; on n'avait pas attendu, je crois, le Congrès de Londres et M. Ostertag pour en convenir. Mais, passons; et voyons comment l'hygiéniste berlinois entend assurer la salubrité du lait.

Il demande lui aussi, — rien donc d'inédit, — la surveillance sanitaire des laiteries, l'obligation d'une licence pour ceux qui veulent se livrer à cette exploitation, une salubrité absolue des étables et des locaux consacrés à la manipulation du lait.

Il demande même une surveillance de la nourriture distribuée aux vaches laitières; la prohibition de laisser le lait séjourner dans des locaux habités et des chambres à coucher; mettre en interdit ce liquide quand il provient d'une ferme où il existe une maladie contagieuse; enfin, mesures plus aisément réalisables, d'exiger une propreté extrême et une sécurité sanitaire dans le transport du lait.

On pourrait continuer pendant longtemps l'énumération de ces mesures draconniennes. Mais à quoi bon; toute exagération, dans les règlements sanitaires, a pour effet de faire hésiter les pouvoirs publics avant de les adopter ou dans leur application.

En hygiène pratique, les règlements sont, comme les inspecteurs sanitaires; il en faut, mais il n'en faut pas trop.

Je termine cette revue des travaux du Congrès d'hygiène de Londres. Les congressistes et leurs travaux ont été en nombre considérable; par contre, il faut l'avouer à regret, il a existé dans les discussions une confusion qui a nui à leur ampleur. Beaucoup de communications, de grands banquets, des réceptions multipliées; mais, hélas! point de débats imposants, dont les conclusions sont de nature à inspirer aux pouvoirs publics des réformes nécessaires.

Au demeurant, plus d'éclat qu'au Congrès de Vienne, mais moins de résultats pratiques: telle est l'impression que l'on éprouvait pendant le Congrès de Londres, et que l'on conserve après sa clôture.

N. D.

Association médicale britannique

59e SESSION TENUE A BOURNEMOUTH DU 30 AU 31 JUILLET 1891

I. *Alcoolisme et tuberculose.* — II. *Arrêt de la tuberculose pulmonaire.* — III. *Traitement de la tuberculose par l'hélénine.*

M. Lauder Brunton, dans son discours, a retracé les progrès accomplis par la science dans le dernier quart de siècle. Il a parlé en termes élogieux des découvertes de Lister, Pasteur, Koch et autres, qui ont appliqué les découvertes biologiques à la pratique médicale. Il a notamment décrit et apprécié, comme ils le méritent, les travaux de Pasteur depuis ses recherches sur l'acide tartrique. Il a résumé aussi les progrès réalisés grâce à la vivisection : découverte des centres nerveux, applications à la thérapeutique, et ceux qui ont pour base la bactériologie.

Le discours du Dr Lauder Brunton est optimiste et élogieux, il fait un tableau sincère de la profession médicale, et ne la fait voir un peu sombre que lorsqu'il parle de la lutte pour l'existence en disant que « les médecins quelquefois sont plus soucieux de leurs honoraires que du bien être de leurs malades et que parfois, mais rarement, le désir d'argent peut jeter un discrédit sur les hommes de l'art. » En résumé il passe en revue les progrès de la médecine depuis vingt-cinq ans et leur rend amplement justice.

C'est le Dr Chiene qui a prononcé le discours pour la section de chirurgie. Il a insisté surtout sur l'influence favorable du repos, en donnant à ce terme un sens particulier d'après lequel le corps humain « trouve son repos le plus parfait dans une salutaire activité. »

En raison de la coïncidence du Congrès international d'hygiène de Londres, cette réunion a offert un moindre intérêt que les précédentes pour le nombre et l'importance des communications. Néanmoins, nous devons résumer les suivantes :

I. **Alcoolisme et tuberculose.** — M. H. Mackenzie (de Londres) a recherché les rapports de l'alcoolisme et de la tuberculose. Les observations qu'il a réunies à l'hôpital Saint-Thomas, montrent qu'il y a coexistence de symptômes d'alcoolisme et de tuberculose dans plus de 65 0/0 des cas. Il a fait les mêmes remarques à la Policlinique de Brompton et conclut que les rapports des deux états, tuberculeux et alcoolique, sont très étroits. Lorsque les signes des deux maladies existent chez le même individu, le pronostic est des plus graves.

II. **Arrêt de la tuberculose pulmonaire.** — M. Kingston Fowler pense qu'il y a lieu de remplacer le terme vague de phthisie pulmonaire par celui de tuberculose pulmonaire.

On reconnaîtrait alors quatre variétés de tuberculose :

1° La tuberculose pulmonaire simple correspondant à la forme ordinaire de la phthisie pulmonaire.

2° La tuberculose miliaire des poumons, complication fréquente de la première variété.

3° La tuberculose caséeuse du poumon, lobaire ou disséminée, facile à confondre avec la pneumonie et ne s'en distinguant que par l'existence de bacilles dans les crachats.

4° La tuberculose pulmonaire fibroïde avec emphysème des régions voisines, qui s'observent chez les hommes robustes d'apparence, mais à poitrine étroite.

L'auteur est d'avis que les hémorrhagies fréquentes au début de la tuberculose pulmonaire à évolution lente sont d'un bon pronostic.

La guérison de la tuberculose pulmonaire par arrêt du processus s'observe plus fréquemment quand un seul des poumons est atteint. C'est le plus souvent à la phase caséeuse ou fibreuse que s'arrête ce processus. Il ne croit pas que la caverne puisse s'oblitérer.

L'auteur remarque aussi combien souvent il y a coexistence du cancer et de la tuberculose pulmonaire.

M. Sydney Martin est d'avis que deux sortes de lésions : les masses caséo-calcifiées et les tubercules fibreux pigmentés indiquent l'arrêt du processus tuberculeux. Ces anciens foyers peuvent devenir le point de départ de tuberculose aiguë d'autres organes, ainsi que les faits cliniques le démontrent.

M. Wilks confirme les conclusions de M. Fowler.

III. **Traitement de la tuberculose par l'hélénine.** — Depuis longtemps on ne parlait plus guère de cette médication. Était-elle donc oubliée? Non, M. Bokenham rappelle qu'en 1883, Valenzuela a recommandé l'hélénine pour le traitement de la tuberculose, cette substance diminuant toutes les sécrétions

Digitized by Google

surtout celles des voies respiratoires et agissant aussi comme antiseptique.

L'auteur a essayé expérimentalement l'hélénine, le camphre alantique, l'anhydride alantique et l'alanthol, toutes substances solubles dans l'éther, l'alcool et le chloroforme. Il a constaté que les bacilles ne se développaient pas dans les cultures quand on y ajoutait une de ces substances dans la proportion de un pour dix mille. Les lapins auxquels on a fait prendre de l'hélénine ne sont pas réfractaires à l'inoculation tuberculeuse, mais le processus est légèrement ralenti. Les expériences que l'auteur a faites sur quatre malades sont trop récentes encore pour qu'il puisse se prononcer.

(*A suivre.*) P. C.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er septembre 1891

Présidence de M. le Dr Tarnier.

M. Panas lit une série de rapports. Le premier a pour sujet la conjonctivite granuleuse dans les écoles de l'Algérie. M. Panas insiste sur la contagiosité de la maladie et sur l'influence de la promiscuité sur la propagation de la conjonctivite. Il faudrait donc exercer sur les malades une surveillance rigoureuse qui diminuerait les chances de contagion Malheureusement, dans la pratique, ce vœu est irréalisable.

M. Panas pose les conclusions suivantes : On ne doit accepter dans les écoles aucun élève sans lui faire subir un examen des yeux. Tous les trois mois, il faut faire l'examen des yeux de tous les élèves. Aussitôt que l'un d'eux est reconnu atteint de conjonctivite granuleuse, il faut l'isoler. Le médecin seul décide.a du moment où l'enfant pourra reprendre ses études.

Dans un second rapport, M. Panas rappelle le travail de M. Valude sur la prophylaxie de l'ophthalmie des nouveau-nés. Après avoir rappelé en quoi consiste cette méthode, M. Panas montre que les résultats obtenus ont été satisfaisants et pense que de nouveaux essais confirmeront les résultats signalés par M. Valude.

Le troisième rapport a pour sujet le travail de M. Abadie sur une nouvelle méthode de traitement de la conjonctivite granuleuse. Les résultats obtenus par M. Panas, qui a institué sur plusieurs malades le traitement de M. Abadie, ont été satisfaisants. Malheureusement, il faut reconnaître qu'à côté de résultats brillants il y en a de médiocres et de temporaires. D'ailleurs il est des cas légers qu'on peut enrayer par des moyens simples. Le procédé de M. Abadie ne peut donc supprimer les autres modes de traitement.

La grippe en Perse en 1889-1890. — M. Larrey lit, au nom de M. Tholozan, une note sur ce sujet. Tout le nord de la Perse a été envahi en 1889. La mortalité fut considérable. Quand la grippe disparut en mars 1890, on observa des affections consécutives : névralgies, débilité, etc. La ville de Recht fut atteinte en septembre 1889. Téhéran fut envahi au mois d'octobre et Ispahan à la fin du même mois. La maladie fut signalée à Medchet en décembre. La grippe a débuté par le littoral sud-est de la Caspienne. Puis elle envahit le centre du royaume. Elle mit deux mois pour atteindre Chiraz et deux mois et demi pour aller jusqu'à Bouchir. La propagation de la grippe en Perse a été lente et très irrégulière.

Etat hygiénique des Juifs. — M. G. Sée veut protester contre des assertions inexactes émises par MM. Lagneau et Javal dans une des dernières séances. M. Lagneau dit que les Juifs sont remarquables par leur sobriété et la parcimonie de leur existence, l'accroissement de leur population par suite des soins que les mères donnent à leurs enfants qu'elles allaitent elles-mêmes. Enfin, M. Lagneau a signalé le défaut de naissances illégitimes chez les Juifs et l'absence de l'alcoolisme. On est d'accord pour reconnaître que les lois de Moïse montrent une prévision remarquable des maladies microbiennes.

M. Lagneau dit que l'épilepsie est fréquente chez les Juifs. Mais de quelle espèce d'épilepsie s'agit-il? Est-ce celle de César et de Napoléon ou celle des clients de M. Bourneville qui vont au crétinisme. Ce qui surprend M. G. Sée, c'est que M. Lagneau reconnaît que l'alcoolisme n'existe pas chez les Juifs. Or on sait, d'après le dernier Congrès, que l'alcoolisme entre pour plus d'un tiers dans le nombre des aliénés. Comment concilier ces deux faits?

M. Javal dit que, dans la Bible, on ne parle pas de l'immortalité de l'âme et que c'est pour cela que les Juifs s'efforcent de vivre le mieux possible ici-bas. M. G. Sée est révolté d'une pareille opinion. M. Javal a signalé la fréquence de l'astigmatisme chez les Juifs. C'est possible, mais ce qu'on ne trouve pas chez eux c'est l'astigmatisme moral (?). Ils voient aussi bien dans les choses de la vie, qu'ils voient mal en oculistique.

M. Worms, affirme que l'épilepsie n'est pas plus fréquente chez les juifs que chez les chrétiens.

M. Lagneau, persiste à penser que le système nerveux est plus irritable chez les juifs. Le diabète est également plus fréquent chez eux.

De la palatoplastie. — M. Polaillon présente des malades opérés par son procédé. Celui-ci consiste à faire l'opération en deux temps, séparés par un intervalle de 24 à 48 heures. Dans la première séance, il fait les deux incisions latérales et décolle la muqueuse jusqu'à la perforation en rasant les os avec soin. L'écoulement du sang est arrêté par la compression. S'il se produisait une hémorrhagie, il serait facile d'y remédier.

Le lendemain ou le surlendemain on fait l'avivement et la suture.

M. Béchamp continue la lecture de son travail sur les matières extractives du lait.

INFORMATIONS

PARIS

L'officiat de santé et les conseils généraux. — La suppression de l'officiat de santé a été demandée par les conseils généraux d'Albi, Angers, Epinal, Evreux, Grenoble, Perpignan, Toulouse, Tours, Troyes, et repoussée par ceux de Vannes, Melun et Arras.

Le budget des facultés de médecine. — Des documents publiés par le *Journal Officiel* donnent les renseignements suivants :

Les recettes des Facultés de médecine pour l'exercice 1890, se sont élevées à 759,455 fr.; savoir : Paris, 321,317 ; Bordeaux, 56,039 ; Lille, 117,269 ; Lyon, 188,612 ; Montpellier, 82,211 ; Nancy, 74,007. D'autre part, les dépenses ont été de 716,184 fr.; savoir : Paris, 306,127 ; Bordeaux, 53,932 ; Lille, 183,030 ; Lyon, 101,360 ; Montpellier, 81,413 ; Nancy, 70, 322.

Balance des recettes sur les dépenses 43,271 francs. On voit que l'Etat, comme entrepreneur universitaire, fait des bénéfices à coup sûr assez satisfaisants.

ÉTRANGER

Allemagne. — **Congrès de la Société allemande de dermatologie.** — Ce Congrès aura lieu du 17 au 19 septembre prochain à Leipsig. Parmi les questions mises à l'ordre du jour, nous relevons les suivantes :

Discussion sur le *traitement des tuberculoses de la peau et des muqueuses par la tuberculine* (Kaposi, Lewin, Neisser, Pick, etc.) ; *Du traitement du lupus*, par Landerer, etc. ; *Pathologie et thérapeutique de l'eczéma*, par Neisser, Veiel, Blaschko, etc.

Digitized by Google

ANTILLES ANGLAISES. — **La lèpre à la Ganiorque.** — En 1890, on a dénombré 450 individus atteints de lèpre, soit un lépreux sur 1,380 habitants. Le gouvernement recommande leur isolement, et, dans une instruction récente, engage à ne pas les employer comme boucher, pêcheur, tailleur, maître d'école, etc., etc.

AUTRICHE. — **Statistique de la population de Vienne.** — Le recensement de l'année 1890 accuse 1.380.917 habitants, soit une augmentation de 23,1 pour cent sur celui de 1880. Sur ce nombre on compte 980 sourds-muets, 983 aveugles, 374 crétins et 1627 aliénés

Depuis des années le nombre des aveugles a diminué de 10 pour cent et celui des aliénés augmenté de 32 pour cent.

NOUVELLES MILITAIRES

FRANCE

Nominations dans le corps de santé militaire (armée territoriale). — *Au grade de médecin aide-major de 1re classe* : MM. les médecins aides-major de 2e classe : Ausset, Descourtis, Delaye, Toubin, Deschamps, Laussedat, Costilhes, Petiaut, Chagnoleau, Debrand, Tissier, Geffrier, Norlot, Legrix, Berquet, Dausse, Menut, Degoul, Duriau, Biar, Hanriot, Gallois, Quermonne, Chaudeborde, Bert, Delpierre, Ovion, Saint-Martin, Rasurel, Perrin, Raynaut, Comoy, Martin, Talon, Gomot, de Belly, Duhamel, Ranque, Lemaréchal, Galy-Briulat, Pouget, Dubousquet-Laborderie, de Langenhagen, Karth, Fournier, Robert, Arthaud, Picquechef, Pignot, Ledoux-Lebard, Perethon de Lamallerée, Damalix, Boursier, Scheydt, Meyer, Roque, Perrin, Dubief, Bataille, Despagnet, Lancry.

Nominations dans le corps de santé des colonies. — *Au grade de médecin en chef de 2e classe* : M. Lecorre, médecin principal de la marine.

Au grade de médecin de 2e classe : MM. Lépinay, Patriarche et Ollivier, médecins auxiliaires de 2e classe de la marine.

ÉTRANGER

ANGLETERRE — **Statistique médicale de l'armée anglaise en 1890.** — Sur un effectif total de 199,448 soldats et officiers, on a compté 198,823 admissions à l'hôpital et 1831 décès ; soit, 9,17 décès par 1000 hommes de l'effectif.

Ce coefficient obstuaire a été de 4,57 pour 1000 en Europe ; de 1879 à 1889, la moyenne est restée de 6 40.

En Egypte, même diminution, 12,24 en 1890, et 26,72 en 1889. Aux Indes et à Ceylan, il s'est abaissé de 17,45 à 17,42.

VARIÉTÉS

Un moyen de conserver la liqueur de Fehling. — M. Potel rappelle dans un des récents numéros du *Lyon médical*, l'inconvénient du précipité qui se produit spontanément dans la liqueur de Fehling avant toute addition d'urine et pour peu que sa préparation remonte à quelques semaines. il est un moyen simple d'éviter cet inconvénient, c'est de préparer et de conserver séparément d'un côté la solution de sulfate de cuivre; de l'autre, la solution alcaline et de n'en opérer la réunion qu'au moment de s'en servir.

On sait que la la liqueur de Fehling est ainsi composée :

Sulfate de cuivre cristallisé.....	34 gr. 65
Sel de Seignette (tartrate de potasse et de soude).....	173 gr.
Lessive de soude.....	300 c. c.
Eau distillée.....	Q. s. p. 1000 c. c.

Les 173 gr. de sel de Seignette exigent pour se dissoudre 300 c. c. d'eau distillée qui, réunis aux 300 c. c. de lessive de soude, formeront une solution alcaline de 600 c. c. Les 34 gr. de sulfate de cuivre seront dissous dans les 400 c. c. d'eau distillée restants, on n'aurait donc plus qu'à mélanger ces deux solutions pour obtenir un litre de liqueur de Fehling; mais on comprend qu'il est bien préférable de n'opérer la réunion que d'une fraction de ces deux solutions, ce qui permettra de ne former que juste la quantité de liqueur de Fehling utilisable, il suffit que l'on ait soin de faire le mélange dans les proportions voulues. Ainsi au moment de faire une analyse qualitative, on n'aura qu'à prendre successivement avec une pipette graduée 6 c. c. de la solution alcaline et 4 c. c. de la solution de sulfate de cuivre et à les réunir dans le tube à essai pour obtenir 10 c. c. de liqueur de Fehling toute fraiche ; il se fait un magma bleuâtre qui se redissout instantanément en donnant la belle couleur bleue caractéristique.

Depuis un an, notre confrère se sert d'une liqueur de Fehling ainsi préparée en deux solutions et rien ne fait croire qu'elles aient subi une altération quelconque

L'origine et l'histoire des lunettes. — M. Deschamps (de Grenoble), a étudié cette questions dans les *Annales de l'enseignement supérieur* de Grenoble.

Il constate que les Romains et les Grecs ne possédaient aucun mot pour exprimer « lunettes ». Cependant ils connaissaient les propriétés des vers convexes et concaves.

Suétone, *Questions naturelles*, livre Ier, chapitre VI, dit : « Des caractères menus et embrouillés, vus au travers d'un globe de verre plein d'eau, sont plus gros à l'œil et plus distincts. »

Pline le Jeune, dans son *Histoire naturelle*, chapitre XVI, n° 5, dit : « Le troisième rang parmi les pierres précieuses appartient aux émeraudes. Le plus souvent elles sont concaves, pour *réunir* les rayons lumineux ; aussi y a-t-il une convention qui les protège et on ne les grave pas. Néron (lequel avait les yeux faibles, c'est-à-dire myopes, selon toute vraisemblance) regardait avec une émeraude, les combats de gladiateurs. » Traduction Littré.

C'est tout ce que connaissaient les anciens, au sujet des propriétés des lentilles.

Quand donc a-t-on vraiment commencé à faire usage des lunettes ?

D'après Larousse, les lunettes auraient été connues depuis 1150. Le fait est douteux, les documents qui le prouvent étant contestables. En tout cas, vers 1360, Pétrarque se servait de lunettes. Dans ses Lettres familières on trouve : « Ma vue, longtemps très perçante, m'a abandonné à plus de soixante ans, j'esperais mieux. Il m'en a coûté d'être obligé de recourir aux lunettes (*auxilium oculorum*). » Or, Pétrarque est mort en 1374 et était né en 1304.

Une inscription trouvée à Florence, dit que les lunettes ont été découvertes par un Florentin du nom de Salvinius Armatus, mort en 1317. Cette inscription, qui existait dans l'église Sainte-Marie-Majeure de Florence, sur une tombe, était ainsi conçue :

QUI GIACE
SALVINO DEGLI ARMATI
INVENTORE DEGLI OCCHIALI
DIO GLI PERDONI LE PECCATA.

En résumé, on discute encore sur l'époque de la découverte des lunettes, mais elles paraissent avoir été connues seulement vers le commencement du XIVe siècle.

Falsification des vins blancs naturels par les vins de sucre. — D'après l'*Union Pharmaceutique*, on peut, suivant un procédé indiqué par Sochaezewski, déceler ainsi cette fraude :

On prend 20 grammes de vin, qu'on place dans un verre à expériences d'une capacité de 60 à 90 centimètres cubes, et on l'additionne de bicarbonate de soude ; suivant que le vin est plus ou moins acide, on en met de 1 gramme 50 à 2 grammes ; on agite jusqu'à cessation d'effervescence, et on laisse reposer.

Si le vin est naturel, il *reste clair et prend une légère teinte*

Digitized by Google

verdâtre, qui est marron par transparence; peu à peu, il se forme un léger précipité noirâtre.

Le vin de sucre pur ne change pas d'abord de couleur, mais au bout de quelque temps, quelquefois de plusieurs heures, *le vin se trouble et devient rouge-brique sale ou bleu-verdâtre; par transparence, la couleur est brun-marron*; puis le trouble augmente, et il se forme un abondant dépôt.

Si le vin est un mélange de vin blanc naturel et de vin de sucre, *il prend la teinte rouge-brique ou bleu-verdâtre*; le trouble augmente comme dans le vin de sucre pur, et il est d'autant plus prononcé que le vin contient plus de vin de sucre.

On peut encore recourir au procédé suivant : on met le vin dans un verre à expérience conique, et on ajoute une solution saturée de soudé caustique ou de l'ammoniaque, en ayant soin de faire couler ce liquide sur les parois du verre; ce liquide, plus dense que le vin, gagne le fond du verre, et il se forme, au contact des deux couches, une *coloration verte* pour le vin naturel, et une *coloration marron* pour le vin de sucre ou pour le mélange d'un vin naturel avec le vin de sucre.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs Testelin, sénateur du Nord; Castan, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier, Derbez (de Lyon) et Bennett de Menton.

Aux Etats Unies : MM. les Drs Poster, professeur de laryngologie à l'Université de Buffalo, et Loyon, professeur honoraire à Atlanta médical college.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Barrs (A.). — Un cas de hernie étranglée rétro-péritonéale (*The Lancet*, 8 août 1891).

Galliano. — Epilepsie jacksonienne par fracture du crâne, extraction des fragments : guérison (*Il. Morgagni*, juillet 1891).

Davis. — De la fistule chirurgicale épicystique (*The Med. Times and Register*, 20 juin 1891).

Dollinger. — Traitement d'une fracture du col fémoral par suture des fragments (*Central Chir*, 1891, n° 23, p. 457).

Grivet. — Contribution à l'étude des épanchements traumatiques de sérosité et de leur traitement (*Archives de méd. et de pharm. militaires*, août 1891, n° 8).

Guéterbock. — Du diagnostic des hernies de la vessie (*Deut. Zeitschr. f. Chir.* : bd. 32, heft 3 et 4, 1891).

Hardy. — Désarticulation de la hanche pour un lymphosarcome récidivant (*University Med. Magazine*, mai 1891, p. 467).

Horteloup. — Sur la nature de la blennorrhagie (*France Méd.*, 31 juillet 1891).

Koplik. — Etiologie de l'empyème chez les enfants (*The American Journal of the med. Sciences*, août 1891, p. 151).

Korte. — Traitement chirurgical de la périthyphlite (*Berlin, Klin. Woch.*, 1891, bd. 26, p 637).

Marlier. — Abcès sus-hépatique traité par la méthode de Sirometer Little (*Bull. Méd. des Vosges*, juillet 1891, p. 28).

Schleicher. — L'éclairage par transparence dans des cas d'empyème du sinus maxillaire (*Annales et bulletins de la Société de méd. d'Anvers*, juin 1891, p. 213).

Sendler. — Lipome arborescent d'une gaine tendineuse (*Centralblatt f. Chir.*, 1891, n° 28).

Taylor. — Fracture du crâne avec lésion du sinus longitudinal supérieur (*Med. News*, 27 juin 1891).

Walda van Absdale. — Protoxyde d'azote et oxygène par l'anesthésie dans les opérations de petite chirurgie (*The American journal of the med. Sciences*, août 1891, p. 13).

CLINIQUE MÉDICALE

Beaudouin. — Analgésie et perte du sens thermal de cause cérébrale, thermo-analgésie (*La Normandie méd.*, 15 août 1891).

Chaumier. — Troubles respiratoires hystériques chez les enfants (*Le Poitou méd.*, 1er août 1891).

Chervin. — A propos du bégayement hystérique (*Archives de neurologie* 1891, n° 63).

Dumming. — Péritonite chronique (*The N.-York Med. Journal*, 8 août 1891).

Gouguenheim et Mendel. — Epithélioma de la corde vocale supérieure (extirpation endolaryngienne) (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, août 1891).

Ogier. — Un cas de vomique dans une pleurésie séro-fibrineuse (*La Loire méd.*, 15 août 1891).

Peyre Porcher. — Un état pathologique inédit des poumons (*Journal of the American med. Association*, 5 juin 1891).

Radcliffe Crocker. — Tylose de la paume de la main et de la plante des pieds (*Brit. journal of Derm.*, juin 1891, p. 1).

Romberg (E.). — De la sclérose de l'artère pulmonaire (*Deut. Arch. f. klin. med.*(bd. XIII, heft. 1 et 2, 1891).

Rensselaore (H. van). — Pathologie de la maladie « des caissons » (*The N.-York Med. Record*, 8 août 1891).

Sturmdorff (A.). — De la gangrène symétrique (étude clinique avec observations) (*The N.-York Med Record*, 1er août 1891).

Tissier. — Etude sur les laryngites chroniques; processus pachydermique; traitement médical et chirurgical (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, août 1891).

Von Kruck (K.). — Traitement de la rhinite chronique (*The N.-York Med. Record*, 1er août 1891).

Weeks. — La grippe comme cause de névrite bulbeuse et de lésions oculaires (*The N.-York Med. Journal*, 8 août 1891).

Wesinger. — De l'étiologie et du traitement de certaines formes de céphalalgie (*The N.-York Med. Journal*, 8 août 1891).

THÉRAPEUTIQUE

Alexeevsky. — De la rose rouge contre la diarrhée (*Bolnitchnaia Gaz. Botkina* 1891. n° 19).

Barillé. — De la nature et des causes de l'altération des crayons de nitrate d'argent fondu au contact des diverses semences (*Arch. de Méd et de Chir. militaires*, août 1891, p. 139).

Battier. — Du pouvoir antiseptique de quelques sels mercuriels (*Le Dauphiné médical*, juillet 1891, p. 158).

Bekhtin. — De l'éphedra vulgaris comme médicament antirhumatismal (*Bolnitchnaia Gaz. Botkina* 1891, n° 19).

Courjon. — Note sur les effets de l'électricité statique dans deux cas de chorée (*Lyon méd.*, 9 août 1891).

Guibert. — Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections hypodermiques de gaiacol iodoformé (*Gaz. des Sciences méd. de Montpellier*, 15 août 1891).

Mansel Sympson. — Du salicylate de soude dans le traitement du diabète (*The Practitioner*, août 1891, p. 91).

Pispiris. — Accidents et morts produits par le sulfate de quinine administré à l'intérieur ou par frictions (*Progrès méd.*, 15 août 1891).

Popoff. — De l'eau iodée et de l'aristol comme antiseptique en chirurgie (*Bolnitchnaia Gazeta Botkina* 1891, nos 16 et 19, p. 407).

Roeser. — Nettoyage, blanchiment et antisepsie des éponges (*Arch. de Méd. et de Chir. militaires*, août 1891, p. 194).

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

PARIS.—IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE N° 37 9 SEPTEMBRE 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, BÉCLÈRE, BROCQ, DEMELIN, DU CASTEL, GINGEOT, Charles MAURIAC, PICQUÉ Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

REVUE CLINIQUE

OBSTÉTRIQUE

Les bassins viciés par boiterie

M. le Dr Prouvost vient de publier une thèse intéressante et fort étudiée sur ce sujet encore peu connu. Il a entrepris la rude tâche de mettre un peu d'ordre au milieu de ce monde, et, en tous cas, de réunir le plus de matériaux possibles pour élucider un peu la question.

Après un rapide aperçu sur le mécanisme du bassin dans la station et la progression, l'auteur se livre à des considérations générales sur les boiteux au repos et pendant la marche. Il analyse les trois formes qu'affecte la claudication, et pose d'abord le principe que des oscillations *verticales*, *latérales* ou *antéro postérieures* c'est le balancement latéral qui retentit le plus sur l'état du bassin; observation clinique qu'il est bon de retenir et d'appliquer à l'examen des malades.

La boiterie a pour conséquence des modifications *temporaires* ou *définitives* sur divers départements du squelette. Ainsi, pour rétablir l'équilibre et permettre la marche, le bassin s'incline dans différents sens, le plus souvent latéralement, en *lateroversion*; la colonne vertébrale s'incurve de manière à présenter une scoliose lombaire dont la convexité regarde à peu près constamment le côté du pelvis abaissé; enfin les membres inférieurs prennent des attitudes variables, leurs segments se plaçant dans la flexion, la rotation en dehors ou en dedans, l'extension, etc., suivant les besoins de la statique. Ce sont là les modifications temporaires dues au jeu des articulations. Les effets définitifs de la boiterie portent sur la forme et les dimensions même du pelvis; ils attirent donc au plus haut degré l'attention de l'accoucheur. Or, il y a lieu de séparer deux groupes de faits : 1° la claudication est due à une lésion située *au-dessous* de la hanche; il s'agit d'un membre amputé ou raccourci par une fracture mal réduite, par une ankylose du genou, un pied-bot, une paralysie atrophique de l'enfance, etc.; 2° la claudication a pour point de départ une lésion qui dépend directement de l'articulation coxo-fémorale, telle que la luxation congénitale ou non, la coxalgie, les arthrites diverses de la hanche.

Quand il s'agit d'une boiterie produite par une maladie du pied, de la jambe, du genou, ou de la cuisse, le bassin sera modifié à la condition, essentielle dans tous les cas du reste, que l'affection se soit montrée dans l'enfance à une époque où les os sont encore en voie d'évolution et suffisamment malléables pour obéir à des pressions venant du membre inférieur supportant le plus volontiers le poids du corps; c'est en général celui du côté sain qui repousse alors en dedans la paroi latérale correspondante du pelvis; celui-ci prend la forme oblique ovalaire, et le côté aplati donne attache à la jambe saine.

Dans quelques formes de paralysie infantile, l'atrophie porte non seulement sur la cuisse, mais encore sur l'os iliaque lui-même. Un tel bassin offrira donc deux espèces de modifications; le côté atrophié sera plus petit en raison même de la lésion trophique primordiale et l'autre côté aura subi un aplatissement résultant des pressions prépondérantes qu'il aura éprouvées du fait du membre sain. Du reste, ces deux variétés de lésions peuvent être séparées, réunies ou superposées.

Dans les espèces de bassins qui viennent d'être passées en revue, l'accouchement se fait bien généralement.

Il en est de même pour les bassins *ilio-fémoraux*, ou viciés par luxation de la hanche, simple ou double, congénitale ou non. Lorsqu'il y a luxation unilatérale, le bassin est asymétrique, le côté aplati répond au membre sain, le côté large à la jambe luxée; si la luxation congénitale est double, le bassin est plutôt symétrique et légèrement retréci dans le sens transversal au détroit supérieur lorsque le sujet se sert de béquille, et soustrait son pelvis aux pressions venant des membres inférieurs; si au contraire le malade marche, le diamètre transversal du bassin sera augmenté et l'antéro-postérieur diminué. D'ailleurs, dans les cinquante et quelques cas de bassins ilio-fémoraux que M. Prouvost a pu analyser, 40 fois l'accouchement s'est effectué spontanément et a été heureux pour la mère et l'enfant.

Dans la coxalgie ou coxo-tuberculose, on retrouve comme dans la paralysie infantile une influence trophique et une influence mécanique; la première a pour effet de diminuer le volume et les dimensions intrinsèques de l'os coxal atteint; la seconde rétrécit le bassin en l'aplatissant latéralement parce que le poids du corps se porte inégalement sur les deux jambes; M. Prouvost sépare avec Portal, Boyer, Erichsen, Cazin, la forme acetabulaire et la forme fémorale de la coxalgie. Cette distinction est sans doute fort intéressante en théorie, mais, à vrai dire, elle n'a peut-être pas une importance très considérable au point de vue pratique.

Peut-on déduire de l'attitude vicieuse du membre malade le sens dans lequel le bassin doit être aplati? M. Prouvost pense très sagement qu'il faut à cet égard faire quelques réserves. Il admet pourtant que quand la coxalgie s'arrête à la 2e période (membre inférieur dans l'abduction), le bassin est plutôt rétréci dans sa moitié

Digitized by Google

saine; lorsque, au contraire, la guérison ne survient qu'à la 3e période (membre inférieur dans l'adduction), le rétrécissement siège de préférence du côté malade. Ce sont là, justement, les conclusions auxquelles je suis arrivé dans un travail publié en 1890, d'abord dans ce journal (1), puis dans la *Gazette des Hôpitaux*.

L'accouchement dans les bassins coxalgiques présente certaines particularités: ordinairement, il est spontané, sans incident; d'autres fois, la présentation n'est pas normale, le mécanisme s'exécute avec plus ou moins d'irrégularité; le dégagement peut être gêné par l'immobilité de la cuisse maintenue dans l'adduction.

L'influence des traitements opposés à la coxalgie sur les déformations pelviennes est ensuite soigneusement exposée par M. Prouvost. L'immobilisation simple, l'extension continue avec marche, ou dans le décubitus, l'immobilisation combinée avec l'extension; enfin, la résection de la hanche, sont successivement discutées; puis viennent les traitements prothétiques.

L'auteur termine par des considérations diagnostiques et pronostiques ayant directement trait à la pratique pure.

En résumé, le travail de M. Prouvost mérite d'être étudié à fond, et il se recommande par le grand nombre des faits qui y sont relatés, autant que par la manière dont il est traité.

Qu'il me soit permis de revenir, à cette occasion, sur mon travail de 1890. Le diagnostic, par le toucher, des déformations pelviennes, n'est pas toujours aisé, surtout lorsqu'on doit déterminer si les deux parois latérales du bassin sont ou non symétriques. Il est donc fort utile de rechercher si, par l'examen du reste du squelette, on ne peut obtenir des indications sur la forme de l'excavation. Sans doute, ces renseignements n'ont pas une valeur absolue; mais, s'ils sont exacts dans la majorité des cas, le praticien en reconnaîtra sûrement l'utilité. Chez les rachitiques, l'attention est attirée vers un rétrécissement possible du détroit supérieur par une série d'anomalies existant sur les tibias, les côtes, les os du crâne, etc. Sans doute, on trouve, par exception, des femmes dont le bassin est presque normal, malgré une incurvation évidente des membres inférieurs; d'autres, au contraire, qui ont une angustie pelvienne prononcée, bien que le reste de leur squelette ne présente aucune trace de rachitisme. Mais la règle reste la même, en général, et elle conserve toute son utilité. Il en est de même, pour les attitudes vicieuses du membre malade, dans la coxo-tuberculose, par rapport au sens dans lequel le bassin est déformé.

La coxo-tuberculose donne, en général, au bassin la forme oblique ovalaire, disais-je dans mon article de 1890. Des relevés statistiques montrent que l'aplatissement pelvien a des rapports certains avec l'attitude du membre inférieur ankylosé.

Des facteurs multiples font que ces rapports ne sont pas immuables. « C'est à l'aide de ces facteurs qu'on explique les *exceptions* aux *règles* suivantes:

« 1° *Rotation en dehors et abduction de la cuisse malade (élévation de l'os iliaque du côté sain), aplatissement pelvien du côté sain.*

» 2° *Rotation en dedans et adduction de la cuisse malade (élévation de l'os iliaque du même côté), aplatissement pelvien du côté malade.*

» Mais la première loi est beaucoup plus généralement vraie que la seconde. Car, à la 3e période de la coxo-tuberculose (adduction)... le bassin peut obéir à des influences multipliées et difficiles à démêler (*Gazette des Hôpitaux*, sept. 1890). »

Depuis ce premier travail, j'ai eu l'occasion de recueillir sept observations nouvelles tant à la clinique de M. le docteur Tarnier que dans le service de M. le Dr Maygrier. Toutes sont conformes à ma première opinion. Il s'agissait, dans toutes, de coxalgie avec ankylose du membre malade en adduction et aplatissement pelvien du côté correspondant.

En présence d'une femme enceinte, offrant les signes d'une coxalgie datant de l'enfance, on peut avoir des présomptions sur la nature de la viciation pelvienne, d'après l'examen extérieur du membre malade, et du bassin lui-même. Il faut chercher si l'ankylose s'est faite dans l'abduction ou dans l'adduction; et, deuxième point important, examiner si la crête iliaque du côté malade est ou non plus rapprochée des fausses côtes que celle du côté sain, la femme étant placée dans le décubitus dorsal; quel est, en un mot, celui des deux iliaques, qui est le plus élevé. L'élévation du côté sain va en général avec l'abduction de la cuisse malade, et l'élévation de l'os coxal malade avec l'adduction de la cuisse coxo-tuberculeuse.

L'explication de quelques exceptions se trouve dans la complexité des éléments qui modifient la forme du pelvis: si une *luxation pathologique* s'est produite à la 3e période, la cuisse pourra encore être dans l'adduction, mais souvent l'os iliaque correspondant, au lieu d'être plus élevé que son congénère, sera plus bas au contraire. Dans d'autres circonstances, une malade arrivée à la 2e période de sa coxalgie, se sera levée, aura aplati sa paroi pelvienne du côté de la hanche saine, comme c'est la règle; *puis la coxo-tuberculose aura continué son cours; la cuisse aura passé de l'abduction à l'adduction; mais le côté de la hanche saine, déjà aplati, conservera évidemment cette déformation* (Voir le Guide pratique des sciences médicales, page 984).

En ne tenant compte et exclusivement que des observations relatées dans la thèse de M. Prouvost, on arrive aux résultats suivants: 37 cas de bassin coxalgique y sont rassemblés; en éliminant tous ceux où il n'est fait mention, ni de l'attitude de la cuisse malade, ni du sens de l'obliquité latérale du pelvis, on trouve que sur les 27 cas qui restent, 20 fois les règles établies plus haut sont vérifiées, 7 fois elles sont en défaut. Certes, le nombre des exceptions est grand; mais cependant, si deux fois sur trois, l'examen des membres inférieurs permet de prévoir dans quel sens le bassin est aplati, l'utilité pratique du procédé ne peut être méconnue.

Je rappelle que dans sept nouveaux cas que j'ai pu

(1) Voir: *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1890.

Digitized by Google

étudier, je n'ai pas rencontré d'exception à ces règles.

Reste la question du pronostic. En réunissant les observations de M. Prouvost, celles de Tracou, et les miennes propres, on obtient un total de 68 accouchements, sur lesquels 38 fois on fut obligé d'intervenir par le forceps, la version, le cephalotribe, etc. 30 fois seulement l'accouchement fut spontané. Ces chiffres répondent-ils à la vérité clinique, et le bassin coxo-tuberculeux offre-t-il une telle gravité? Certainement non, et, *dans la majorité des cas, l'accouchement est simple, facile, spontané.* C'est que, comme le dit M. Prouvost, « la littérature obtétricale n'enregistre guère que les cas graves, les accouchements spontanés n'étant pas le plus souvent relatés ».

Mais le même argument peut être invoqué pour les bassins viciés par luxation congénitale, auxquels j'ai voulu comparer les précédents. Or, sur cinquante et quelques cas de bassins ilio-fémoraux étudiés par M. Prouvost, *40 fois l'accouchement fut spontané.* Toutes choses égales d'ailleurs, *le bassin coxo-tuberculeux, tout en permettant d'ordinaire l'expulsion facile du fœtus à terme, expose beaucoup plus aux interventions que le bassin ilio-fémoral, par luxation congénitale.*

Dr Demelin.

LE DIAGNOSTIC DES MALADIES

I. *La constipation et la stercorémie des opérés.* — II *Orchite et ovarite ourliennes : les oreillons de diagnostic difficile.*

I. **La constipation et la stercorémie des opérés.** — Dans une leçon toute récente, dont la *Gazette des hôpitaux* a publié un extrait, M. Périer a retracé, avec une certaine émotion, comme un tableau des angoisses du chirurgien contemporain dont l'opéré accuse un mouvement fébrile du malaise, de l'anorexie, de la céphalalgie, des frissons et une élévation thermique.

Faut-il, en présence de ces symptômes, songer d'emblée à une infection, à la scepticémie, à la pourriture d'hôpital, à l'érysipèle, à une faute contre l'asepsie; bref, à l'un de ces accidents, si fréquents naguère dans l'âge de la chirurgie pré-antiseptique? Non; point d'alarmes prématurées et c'est ici que la question devient intéressante, à la fois, pour les médecins et les chirurgiens. On se rappellera, en effet, Chassagnac, et, avant de formuler hâtivement un sombre pronostic, on administrera un laxatif au malade. Les accidents persistent ils après l'effet thérapeutique de cette médication? Alors, il sera temps de s'inquiéter à bon droit.

Mais à l'heure actuelle, les complications infectieuses ne sont-elles point devenues l'exception? A preuve les statistiques opératoires des chirurgiens contemporains. Il existe donc une autre cause pathogène des accidents fébriles, que j'énumérais plus haut. Laquelle? Neuf fois sur dix, avec d'autres, et fort judicieusement, M. Périer l'estime ainsi: c'est la constipation.

La constipation des opérés et des blessés est, en effet, fréquente. Son étiologie est connue : séjour au lit, immobilisation, par crainte de la douleur ou nécessité opératoire, nature du régime alimentaire ; rien de plus banal! Ce qui le paraît moins, au point de vue clinique et surtout thérapeutique, c'est la possibilité, je dirai plus, la vraisemblance d'une auto-infection d'origine intestinale.

La symptomatologie de ces accidents ressemble, en effet, à celle d'une auto-infection. A des différences médiocres et individuelles près, elle offre, plus d'une analogie avec une septicémie d'origine intestinale et avec celle que M. Duclos a récemment décrite dans ces colonnes sous le nom de stercorémie aiguë (1).

Le mouvement fébrile consiste dans une élévation thermique atteignant 40 degrés dans les observations de M. Périer, les dépassant dans celles de M. Duclos, mais aussi, notion importante pour le diagnostic, avec des rémissions, des intermittences et des soubresauts, dont la brusquerie rend la courbe thermique irrégulière. Puis, autres manifestations qui ont toujours place dans la séméiologie générale des infections : le frisson initial, l'état saburral des premières voies, l'anorexie, l'agitation, l'insomnie, etc., etc. Enfin, la disparition des accidents après l'ingestion suivie d'effets, d'un purgatif; voilà, avec des notions actuellement acquises sur les ptomaïnes, sur la putréfaction des matières en stagnation dans le tube digestif et sur la résorption probable des produits de leur fermentation, des motifs bien suffisants pour se prononcer en faveur de la nature stercorémique de ces phénomènes morbides.

Le choc traumatique ou opératoire est-il une cause adjuvante de l'action toxique des ptomaïnes résorbées? Peut-être, et, d'après M. Périer, certainement. Si on adopte la doctrine au demeurant fort clinique de l'auto-intoxication intestinale, toute diminution de résistance de l'organisme prépare ou favorise cette intoxication.

De là deux conclusions pratiques. Dans le diagnostic: possibilité de formuler un pronostic favorable malgré l'intensité des symptômes initiaux. Dans la thérapeutique : indication de faire appel à l'antiseptie intestinale avant et après l'opération.

C'est d'ailleurs la conduite que les chirurgiens ont l'habitude de tenir en prescrivant des lavements ou des purgatifs évacuateurs, que l'intervention opératoire doive porter sur l'abdomen ou bien sur d'autres régions.

Ce précepte date de loin et, par tradition, en l'observant, on faisait sans le savoir de l'antisepsie intestinale.

Mais cette dernière doit être plus complète et mieux assurée. Les lavements et les purgatifs ne répondent point aux exigences d'une sage médecine préventive.

On prescrira donc aux blessés et aux opérés l'usage de médicaments antiseptiques à l'intérieur. M. Perier conseille le salicylate de bismuth et le naphtol B (1) administrés quotidiennement plusieurs jours durant; il faut y joindre les préparations de salol, au besoin celle de salicylate de magnésie, que M. Huchard, entre autres,

(1) Duclos. De la stercorémie aiguë fébrile (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1891, n° 34, p. 525).

Digitized by Google

a souvent recommandé dans ces colonnes, comme agent à la fois laxatif et antiseptique (1). Enfin on substituera utilement, à mon avis, au clystère classique, — l'état du malade et les exigences de son immobilisation le permettant, — les irrigations intestinales abondantes, avec une solution antiseptique (eau boriquée, eau naphtolée, etc., etc.), et à l'aide d'une longue canule. A quoi bon le dire, il y a un art pour administrer les clystères; M. Bouchard et quelques-uns de ses élèves en ont longuement tracé les règles (2).

II. **Orchite et ovarite ourliennes : des oreillons de diagnostic difficile.** — Il y a plus d'une fois, on l'a dit, « des oreillons sans oreillons, comme des scarlatines sans éruption. » Ces cas, on l'a dit aussi, — on ne pouvait d'ailleurs guère dire autrement — sont d'un diagnostic malaisé et M. Landouzy le faisait remarquer dans deux observations analysées par le *Journal de médecine et de chirurgie pratique*.

La première, celle d'une orchite ourlienne, faillit, ce semble, motiver une intervention chirurgicale intempestive. Un homme de trente-sept ans accusait de la douleur et un énorme gonflement testiculaire, après un mouvement fébrile et quelques malaises.

Aucun autre symptôme, rien à la région parotidienne, puis, après enquête clinique minutieuse, point d'uréthrite, point d'abcès vénériens.

La fièvre cesse; après trois jours le testicule reprend son volume.

Deux autres jours s'écoulent : retour de la fièvre, gonflement du testicule opposé. Cette orchite guérit aussi, mais finalement des lésions oculaires se produisent, on observe de l'épisclérite. Cet homme avait eu les oreillons dans les testicules; il les avait maintenant dans les yeux. On était en temps d'épidémie ourlienne : cette circonstance facilita le diagnostic.

Une autre circonstance devait encore le faciliter : l'âge du malade. L'orchite ourlienne, d'après les auteurs classiques, est rare chez l'enfant. Gintrac l'a notée une seule fois dans une série de 24 cas, et M. Landouzy, une fois sur 33 adolescents de l'âge de 12 ans.

Par contre, ajouterais-je, les statistiques médicales de l'armée mentionnent cette complication une fois sur trois, et même sur deux cas. Sa fréquence dans le milieu militaire n'est point son seul danger, ajouterais-je aussi. Elle a pour conséquence plus grave l'atrophie testiculaire. Celle-ci s'observe, consécutivement, chez un sixième des ourliens adultes, d'après M. Landouzy. Mais M. Landouzy observe dans la population des hôpitaux civils.

Dans le milieu militaire, il paraît plus élevé ; c'est un fait à retenir, d'autant plus que l'atrophie testiculaire est une cause d'infirmité et peut devenir un prétexte pour la réforme.

J'arrive à la seconde observation de M. Landouzy.

Au cours des oreillons, une femme de vingt ans accuse des accidents abdominaux : douleurs ovariques vives, vomissements incoercibles, petitesse du pouls, facies grippé, etc., etc.

Impossible d'attribuer ces accidents à une crise menstruelle : cette femme avait été normalement réglée trois semaines auparavant. Etant donné ces antécédents, on pouvait cependant hésiter : elle était neuro-arthritique, en puissance de diathèse congestive. A une époque relativement ancienne, elle avait éprouvé déjà des fluxions ovariennes et même du péritonisme.

Aujourd'hui, point de doute : les accidents abdominaux étant contemporains des oreillons, cette coïncidence a rendu le diagnostic possible.

Il s'agissait donc d'une détermination ourlienne spéciale. Si on veut établir une sorte de raccord entre les accidents actuels et ceux d'autrefois, tout ce que l'on peut dire, ce me semble, c'est que, au moment de la poussée ourlienne, la tendance aux fluxions a été comme réveillée.

Voilà, ce me semble aussi, une notion clinique à retenir pour le diagnostic de cas aussi difficiles. L'admettre, ajouterai-je enfin, n'est-ce point, par une autre voie, revenir au rôle pathogène classiquement établi, de l'état diathésique du malade, dans la détermination de la maladie infectieuse dont il est atteint.

En clinique, c'est comme cela : les mots changent, les idées restent; et en assistant à ces évolutions doctrinales on est toujours tenté de répéter : *multa renascuntur quæ jam recidere.*

CH. ELOY.

(1) Voir *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, années 1889 et 1890, *passim*.

(2) Parmi les bonnes formules citons les suivantes :

Naphtol B..... } ãã 0,20 centigrammes
Salicylate de bismuth. }
Magnésie..... .... }

Pour un cachet. Trois à six par jour.

Ou bien :

Salol..... } ãã 0,30 centigrammes.
Magnésie... }

Pour un cachet. Deux à trois par jour.

CH. E.

REVUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

Traitement du lymphatisme et de la scrofule

Il y a quelques années ce titre aurait eu besoin de peu de commentaires. Il n'en est plus de même aujourd'hui. Jadis on englobait sous le nom de scrofule bien des choses et des choses bien disparates. On vit bientôt que certaines des manifestations dites srofuleuses devaient être mises sur le compte de la syphilis. M. Hutchinson montra que des kératites, des otites appartenaient à la vérole héréditaire. M. Richet fit voir que des arthrites, simulant les tumeurs blanches, ressortissaient à la même diathèse. C'est à cette même origine qu'il fallait rapporter beaucoup de lésions cutanées dites scrofulides serpigineuses.

Ce départ entre la syphilis et la scrofule, la clinique et l'épreuve thérapeutique avaient suffi à le faire.

Mais ce démembrement de la scrofule devrait s'ac-

Digitized by Google

centuer encore plus de nos jours, grâce à la découverte du bacille tuberculeux.

Les affections osseuses et articulaires, les adénites, les abcès froids, le spina-ventosa, la synovite à grains rigiformes, l'impetigo rodens, et, en dernier lieu le lupus de Willan, ont dû passer de la scrofule à la tuberculose. Soit par reste d'habitudes anciennes de langage, soit pour indiquer la nature plus ou moins atténuée de ces tuberculoses externes, les auteurs emploient pour désigner ces maladies le terme de scrofuleuses ou celui un peu plus juste de scrofulo-tuberculeuses.

Mais si nous voulons une réforme plus radicale de nos dénominations médicales, si nous dénions à ces affections leur étiquette de scrofuleuses, la scrofule ne cesse pas d'exister pour cela, la conception qu'on doit en avoir n'en devient que plus nette. La scrofule ne représente plus alors que le terrain favorable qui se prête à l'inoculation des affections diverses dites scrofuleuses jusqu'ici, mais dont les unes sont tuberculeuses et les autres banales, (impétigo, kératites, etc.)

Ce terrain, ce tempérament, cette diathèse, dont le terme le plus élevé conserverait le vieux nom de scrofule dont la forme atténuée est représentée par le lymphatisme, reste le point important à étudier.

Le traitement de ces deux états, frères jumeaux, doit donc tendre à les modifier de telles sorte qu'ils deviennent réfractaires, comme terrain, aux infections qui les trouvaient si favorables.

Cette conception moderne, quelques uns la taxeront de retardataire et parleront d'humorisme, mais c'est qu'a l'heure actuelle, l état de la nutrition constitue la base sur laquelle s'édifie ce que l'ancienne médecine faisait par l'observation.

La scrofule, le lympatisme n'est qu'un des nombreux états de ralentissement de la nutrition. Sur ce point l'accord peut exister, car il se fonde sur des faits ; mais l'établissement d'un type scrofuleux par la clinique seule risque de faire fausse route.

Que trouvons-nous en effet chez les auteurs?

Que le scrofuleux est gras ou maigre, blond ou brun, arrièré ou intelligent, sauf une tendance aux engorgements ganglionnaires, aux amygdalites, sauf une prédisposition aux fissures et à l'hypertrophie des lèvres; comme signes principaux l'observation ne note guère rien de plus. Ce qui fait la difficulté c'est d'isoler le terrain des lésions qui s'implantent sur lui et c'est la confusion de l'un et de l'autre qu'on faisait jadis.

Chez le scrofuleux la circulation peu active favorise le refroidissement des extrémités; les enfants sont frileux, ont des engelures; le bilan des échanges organiques est bas, l'urée contenue dans l'urine a un taux inférieur à la moyenne, comme l'acide carbonique exhalé, le tout manifesté par un certain degré d'anémie, même malgré l'aspect florissant. Voilà la caractéristique chimique, la formule, comme le demande l'Ecole de Vienne, de la diathèse.

Les jeunes scrofuleux sont fils de scrofuleux, de tuberculeux, de syphilitiques, d'alcooliques, etc., boucs émissaires de l'infection et de l'intoxication.

Scrofule signifie tare constitutionnelle imprimée à l'organisme par ces grandes causes générales, en dehors des accidents locaux; mais la misère physiologique, les maladies de longue durée peuvent créer la scrofule.

Tout ce que nous sommes forcés de mettre dans le cadre de la scrofule lymphatique n'y entre peut-être qu'avec complaisance, on nous démontrera peut-être un jour d'une manière ferme que beaucoup d'enfants de tuberculeux, que certains scrofuleux, sont déjà tuberculisés, que beaucoup de produits de syphilitiques sont déjà syphilitiques, qu'ils sont infectés, bien que l'infection puisse ne pas aller chez eux au delà des modifications générales de la nutrition. Nous pouvons par anticipation scientifique tenir compte de ces données rationnelles dans le traitement de ceux qui rentrent dans notre groupement plus ou moins artificiel, mais avant tout nous devons tabler sur la notion acquise du ralentissement de la nutrition, et c'est lui qu'il nous faut combattre.

Prévoir vaut mieux que soigner; nous devons donc d'abord donner tous nos efforts à la prophylaxie; mais le problème est gros de conséquence, car il passe sans transition du domaine médical dans le domaine social. Parer à la scrofule, c'est d'abord abolir la misère, éteindre le paupérisme, empêcher l'extension de l'alcoolisme et de la syphilis, éviter la propagation de maladies infectieuses. C'est toute l'hygiène urbaine et rurale.

Le programme est vaste, mais nécessaire à remplir.

A côté de cette prophylaxie sociale se place la prophylaxie privée.

L'enfant des scrofuleuses, des tuberculeuses devra être soustrait à l'influence néfaste qu'il n'a déjà que trop subie *in utero* (1).

Si les influences morbigènes n'ont pu être éloignées suffisamment, notre ligne de conduite se trouve toute tracée; nous devons mettre en œuvre toutes nos ressources thérapeutiques pour combattre le mauvais état de la circulation et de la nutrition.

L'emploi des excitants de la circulation et de la nutrition se trouve donc tout indiqué.

Dès l'abord nous soustrairons le sujet à l'atmosphère vicié des grandes villes, débilitante et anémiante au premier chef.

Nous l'enverrons à la campagne, nous en ferons un paysan, vivant en plein air, dans un bain de lumière et de soleil.

Nous lui donnerons ainsi un oxygène abondant et pur, chargé de sel sur le bord de la mer, plus ou moins mêlé d'ozone, en lui prescrivant le séjour en montagne, dans les bois de sapins principalement.

Le mouvement, la promenade, la gymnastique, sans les porter jusqu'à la fatigue, activeront la circulation languissante.

L'eau froide sous toutes ses formes, bain froid, bain de rivière, éponge ou serviette mouillés au début, puis douche, agira dans le même sens. Il en est de même des bains toniques et excitants, bains salés, bains de mer, bains sulfureux, bains de tan, de sang, de lie de vin, des frictions sèches ou aromatiques, et du massage.

(1) Voir : *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1890, n° 45, page 729. *L'Hérédité tuberculeuse et son traitement.*

Digitized by Google

Une bonne alimentation jointe à ces pratiques pourra faire presque seule les frais de la cure.

Mais, soit que telle ou telle condition ne puisse pas être remplie, soit que l'on doive agir plus fortement, il faut alors avoir recours aux médicaments.

En premier lieu un médicament, qui n'en est pas un, l'huile de foie de morue, qui est un aliment, une graisse facilement digestible; son administration est capitale et tous ses succédanés ne la valent pas. Il faut la donner pendant longtemps et en grande quantité.

Certains sujets l'acceptent volontiers, la prennent presque par gourmandise; avec ceux-ci notre tâche est facile et nul besoin de chercher des correctifs; mais d'autres nous opposent un dégoût insurmontable; il faut alors nous ingénier à rendre la drogue supportable.

Si les moyens vulgaires, jus de citron, d'oranges, sirop, vin, cognac, kirsch, menthe, glace, eau sucrée acidulée à l'acide chlorhydrique, sel, échouent, il faut recourir aux préparations pharmaceutiques, comme les suivantes, qui sont loin de valoir l'huile en nature, mais qui n'en constituent pas moins une ressource pour le praticien :

1°	Huile de foie de morue	300 grammes
	Sirop de sucre	50 —
	Essence d'amandes amères	LXXX gouttes
	Gomme arabique pulvérisée	80 grammes

Eau : quantité suffisante pour faire 600 grammes d'émulsion. Triturez fortement la gomme et l'huile, ajouter d'un seul coup 150 grammes d'eau en triturant. Délayez peu à peu avec le sirop et le reste de l'eau.

2°	Huile de foie de morue	200 grammes
	Pancréatine extractive	1 —
	Eau distillée	20 —
	Glycérine neutre	30 —
	Essence d'amandes amères	VI gouttes

Faire dissoudre la pancréatine dans la moitié d'eau, mettez dans un flacon avec l'huile et agitez violemment, ajouter la glycérine avec le restant de l'eau et l'essence d'amandes amères.

3°	Huile de foie de morue	100 grammes
	Teinture de quillaya saponaria	5 —
	Eau distillée de laurier cerise	5 —
4°	Huile de foie de morue	150 grammes
	Sirop de quinquina	50 —
	Elixir de Garus	50 —

BOUCHUT.

Chez les jeunes enfants on n'abusera pas de l'alcool.

Dans la même catégorie de médicaments réparateurs rentrent la glycérine, les graisses, le beurre, le lait, le phosphate de chaux, les peptones; — on peut y joindre le chlorure de sodium, l'extrait de malt.

Comme stimulants de la nutrition générale nous possédons le fer, les hypophosphites, la coca, le quinquina, la kola.

Par exemple :

Citrate de fer	30 grammes
Alcool à 90°	50 —
Eau	950

Une cuillerée à café matin et soir, faire rincer la bouche après pour éviter de noircir les dents.

Hypophosphite de soude	0.60 centigrammes
Eau	25 grammes
Hypophosphite de chaux	0.60 centigrammes
Eau	40 grammes

Pour les 24 heures.

L'iode, dont l'action est de ralentir la nutrition, semble agir dans le sens de la maladie. Son efficacité repose sur l'observation depuis déjà longtemps. Cette notion empirique nous force à nous demander si l'iode n'agit pas plutôt comme parasiticide ou comme stérilisant du terrain.

Le sirop de raifort iodé, le sirop iodo-tannique sont d'un usage courant.

Mais l'iode peut se prescrire sous forme de teinture d'iode à la dose de 1 à 3 gouttes le matin dans une tasse de lait salé. Une bonne pincée de sel de cuisine par tasse.

La solution suivante :

Iode métallique	1 gramme
Iodure de potassium	3 —
Eau	1 litre

constitue une préparation à bon marché.

H. GILLET

REVUE DE PHARMACOLOGIE

Sur quelques préparations iodoformées.

La formule du codex pour la préparation des crayons d'iodoforme a souvent été l'objet de critiques.

Les *crayons à l'iodoforme* sont peu consistants et peuvent se déformer. Cette formule est la suivante :

Iodoforme	10 grammes
Gomme arabique pulvérisée	0,50 cent gr.
Eau glycérinée	à p. é.

Q. s. pour obtenir une masse consistante

M. Bernard a proposé comme excipient le beurre de cacao, qui donne des crayons un peu trop fragiles, difficiles à manier. On reproche au miel, proposé par M. Jacquet, une acidité parfois gênante. M. le Dr Gay a cherché une formule permettant de faire des crayons à la fois élastiques et résistant à la rupture (1).

Voici un moyen de préparation, qui assure l'asepsie de ces crayons.

R. : Glycérine officinale	X gouttes
Eau distillée	XX —
Gomme adragante pulvérisée	1 gramme
Iodoforme pulvérisée	12 —

Mêlez avec soin dans un mortier en battant vivement la glycérine et l'eau mesurées au compte-gouttes normal avec la gomme. Incorporez la gomme. Faites avec la masse des crayons, s. a.; séchez ceux-ci à l'étuve vers 40° ou 50°, pendant 2 heures. En même temps chauffez à l'étuve à 130° pendant une demi-heure des flacons à opodeldoch, leurs bouchons de liège et du lycopode; introduisez dans ces flacons après les avoir laissé refroidir dans l'étuve même, les crayons d'iodoforme encore chauds; remplissez de lycopode stérilisé et bouchez avec soin.

Pour obtenir des crayons plus flexibles on modifiera la formule ainsi qu'il suit :

R. : Glycérine officinale	X gouttes
Eau distillée	XVI —
Gomme adragante pulvérisée	1 gramme
Iodoforme pulvérisé	12 —

Opérez comme ci dessus.

(1) GAY. (*Gaz. Hebd. des Sciences méd. de Montpellier*, 27 juin 1891).

Digitized by Google

Solution iodoformée. — Parmi les divers moyens d'obtenir des solutions d'iodoforme peu altérables on a recommandé l'emploi de flacons en verre noir et l'addition de certains corps, tels que le tannin, la colophane, la gomme ammoniaque, la poix de Bourgogne, le baume de tolu, l'huile de lin, à 1 gramme pour 100 de la solution iodoformée.

M. Gay, dont je viens de citer les intéressantes recherches, emploie le tanin, et pour les solutions devant servir à la confection des gazes, l'ammoniaque, dont il ajoute quelques gouttes à la solution.

Gaze iodoformée. — Pour la confection de ces bandes antiseptiques il existe un grand nombre de procédés, pour la plupart défectueux. MM. Yvon et Dujardin-Beaumetz indiquent le suivant, qui est classique.

Iodoforme pulvérisé	50 grammes.
Gaze dégraissée	6 mèt. 1/2.

Remuez la gaze et l'iodoforme dans une bassine jusqu'à ce que le tissu soit bien imprégné. Secouez pour faire tomber l'excès d'iodoforme.

Voici encore le procédé Reber :

Iodoforme.....	80 grammes.
Colophane pulvérisée.....	100 —
Alcool 95° C.....	1.200 —
Glycérine pure	50 —

Dissolvez la colophane dans l'alcool, ajoutez la glycérine et filtrez. Faites passer 6 mètres de gaze dans cette solution, puis saupoudrez-la uniformément d'iodoforme.

Ces deux procédés comme on le voit, occasionnent une perte de matière considérable et ne permettent pas de doser l'iodoforme.

Le procédé Gaudet consiste à plonger de la mousseline dans une solution saturée d'iodoforme dans l'éther.

Le procédé Doux, enfin, préférable à tous les autres, consiste à imbiber la gaze de la solution suivante :

Ether rectifié.....	500 grammes.
Alcool à 90°.....	500 —
Colophane.....	0 gr. 20
Huile de ricin.....	0 gr. 50
Iodoforme.....	50 grammes.

M. Gay propose les suivants qui lui paraissent préférable, l'un sous le nom de *soluté ethero-benzinique* :

Ether à 56°.....	500 cent. cubes.
Benzine rectifiée.....	500 —
Huile de lin	10 grammes.
Iodoforme pulvérisé	60 —
Pour gaze hygroscopique fine	10 mètres.

Mêlez l'éther à la benzine et l'huile, ajoutez l'iodoforme, dissolvez par agitation, ajoutez quelques gouttes d'ammoniaque.

L'autre, sous celui de *soluté ethero-alcoolique* :

Ether à 56°.....	500 cent. cube.
Alcool à 90° C.....	500 —
Huile de ricin.....	10 grammes.
Iodoforme pulvérisé..... ..	50 —
Pour gaze hygroscopique fine	10 mètres

Mêlez l'éther, l'alcool et l'huile, ajoutez quelques gouttes d'ammoniaque, puis l'iodoforme, dissolvez par agitation

La gaze doit absorber tout le liquide comme dans le procédé de Doux. Elle contient alors 5 grammes d'iodoforme par mètre. On peut obtenir des gazes plus riches en iodoforme en faisant de nombreuses immersions. Ajoutons enfin que le prix de revient ne dépasse pas 0 fr. 75 par mètre. D'après M. Gay, la gaze ainsi préparée est soyeuse et souple. Ce sont des qualités sur lesquelles il n'est point besoin d'insister.

P. Chevillot

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

DERMATOLOGIE

Pathologie et traitement des verrues, par M. Payné. — L'auteur admet la contagiosité de la *verruca vulgaris* et de la *verruca plana*, par l'implantation d'un contage sur les régions découvertes de la peau. De plus, il existe une idiosyncrasie qui y prédispose, surtout chez les enfants (*Brit. Journal of Dermat.*, 1891, p 189, n° 6).

M. Payne admet encore la transmission directe par le contact et l'indication urgente de détruire la verrue par un caustique énergique.

A cet effet, il recommande l'acide acétique cristallisable.

Ce traitement n'est pas inédit: ce qui le parait plus, c'est l'énergie de M. Payne à soutenir la théorie d'ailleurs probable de la contagion de cette maladie. N. D.

MÉDECINE

Sur l'action pathogène du bacille lactique, par MM. Wurtz et Leudet. — On n'a fait, depuis Pasteur, qu'ajouter des points de détail à l'étude de ce bacille. MM. Wurtz et Leudet, se plaçant à un autre point de vue que leurs prédécesseurs, ont recherché si ce bacille lactique, dont la diffusion dans l'atmosphère est extrême, ne posséderait point, outre sa propriété de former de l'acide lactique aux dépens du sucre de lait, une action pathogène chez les animaux et chez l'homme (*Arch. de méd. expérim.*, 1er juillet 1891).

Ces intéressantes recherches ont eu des résultats, et les auteurs peuvent déjà formuler les conclusions suivantes:

1° Les cultures du bacille lactique possèdent une action pathogène chez le cobaye et le lapin;

2° Si, au lieu de le cultiver dans une solution de lactose ou dans du lait, où il forme en quantité de l'acide lactique, on le cultive dans le bouillon ou dans une solution de peptone, la culture présente une réaction alcaline. Elle contient, outre de l'ammoniaque, une toxine énergique, dont les effets chez les animaux sont les mêmes que ceux que provoque l'inoculation de la culture vivante;

3° Il y aurait lieu de rechercher si une fermentation de cette nature aboutissant à la production de cette toxine ne s'effectue pas dans certaines maladies du tube digestif, dans la dilatation de l'estomac en particulier. P. C.

Erysipèle à répétitions, par M. Casabianca. — C'est l'observation d'une sage-femme qui avait, en 1881, contracté un érysipèle en soignant une accouchée atteinte de quelques accidents septicémiques. La maladie dura environ trois mois, et les règles disparurent pendant la durée de cet érysipèle (*Marseille méd.*, 15 juillet 1891).

Un mois après la guérison, apparut un nouvel érysipèle apyrétique qui dura 8 à 9 jours et disparut sous l'influence d'une purgation.

Pendant huit mois consécutifs, le même phénomène se reproduisit à la même époque, l'érysipèle remplaçant les règles absentes.

Le neuvième mois elles reparurent et l'érysipèle ne fut plus observé. En 1884, seulement, le même accident se reproduisit à la suite d'une émotion violente.

En 1891, la malade subit un curettage pour métrite ulcérée consécutive à deux accouchements difficiles. Après cette opération, un nouvel érysipèle de la face reparut, avec fièvre, névralgie, etc., et dura 25 jours. Le mois suivant, un nouvel

Digitized by Google

érysipèle apyrétique, qui céda à une purgation, força la malade à entrer à l'hôpital, où l'on put observer ce cas remarquable d'érysipèle à répétition. P. C.

OPHTALMOLOGIE

Transplantation de la cornée, par M. V. Hippel. — Les quelques essais faits dans ce sens n'ont abouti jusqu'ici qu'à des résultats médiocres ; la membrane greffée devenait opaque. Un cas récent publié par le Dr A. von Hippel montrerait la possibilité d'avoir la transparence de la portion transplantée. (*Berl. Klin. Woch*, 1891, n° 19).

Il s'agissait d'un homme de vingt-quatre ans qui, à la suite d'une cautérisation intempestive au nitrate d'argent, avait une opacité centrale de la cornés, obturant complètement le champ visuel. Il y avait en plus une cataracte. Après que celle-ci eût été opérée et la plaie réunie, on enleva à l'aide du trépan une rondelle cornéenne de quatre milimètres jusqu'à la membrane de Descemet. La perte de substance fut comblée à l'aide d'une rondelle semblable enlevée à un chien et exactement adaptée. Pansement à l'iodoforme. Dans la suite, réaction légère portant principalement sur la cornée du sujet, la partie greffée reste transparente. Disparition de la congestion périphérique. Le malade quitte l'hôpital au bout de six semaines, avec une cornée parfaitement transparente, au niveau du lambeau transplanté. H. G.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections hypodermiques de gaïacol iodoformé, par M Guibert. — L'idée d'associer la créosote à l'iodoforme, dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, appartient à d'autres.

Ce sont les résultats de l'essai de cette méthode, que consigne M. Guibert (*Gaz. hebd. des Sciences méd. de Montpellier*, 15 août 1891).

La technique de M. Picot (de Bordeaux) été exactement suivie. Les injections d'huile d'olives stérilisée renfermant par centimètre cube 0 gr. 5 centigr. de gaïacol et 0 gr. 1 centigr. d'iodoforme, étaient pratiquées au niveau des fosses sus-épineuses alternativement de chaque côté. Après avoir pris les précautions antiseptiques ordinaires, on injectait le liquide sous la peau avec la seringue de Décla. On a ainsi pratiqué 208 injections réparties sur 14 malades. Les résultats obtenus peuvent se résumer ainsi :

1° Les injections hypodermiques de gaïacol iodoformé sont d'une innocuité absolue, innocuité locale, au point piqué, et innocuité par rapport à la maladie.

2° Elles paraissent avoir sur l'évolution bacillaire proprement dite une action spécifique spéciale.

3° Trop souvent ce traitement n'enraye pas la maladie et ne l'empêche pas de continuer son évolution.

4° Quand il se produit quelques effets heureux, ils sont analogues à ceux de la créosote : diminution de l'expectoration correspondant à une augmentation de poids.

5° Ce traitement peut être considéré comme un succédané du traitement créosoté ; on peut l'employer quand l'état des voies digestives (intolérance) ne permet plus de donner aux tuberculeux la créosote à haute dose à l'intérieur.

P. C.

De l'administration du calomel dans les affections du foie, par M. Sacharjin. — L'auteur recommande ce médicament dans la cirrhose du foie, les calculs biliaires et l'ictère catarrhal (*Berlin, klin. Woch*, 22 juin 1891).

Ce traitement est anciennement connu : toutefois en se basant sur sa propre expérience, M. Sacharjin en formule ainsi les indications :

1° Substituer l'emploi du calomel à celui des eaux minérales alcalines, s'il existe de la sensibilité de la région hépatique et de la fièvre :

2° Prescrire alors le calomel à raison de cinq centigrammes par jour jusqu'à production d'abondantes évacuations. Le flux diarrhéique persiste et l'état du malade s'améliore ;

3° Après la cessation du médicament, revenir à ce traitement hydro-minéral. N. R.

Traitement des ulcérations hémorrhoïdaires par la glycérine iodée, par M. Primann. — Cette médication est antiseptique et, d'après l'auteur, guérirait rapidement les plaies hémorrhoïdaires (*Wien med. Presse*, 1891. n° 22).

Elle consiste dans des badigeonnages avec la glycérine iodée, que l'on emploie de la manière suivante :

Iode	0 gr. 25	centigrammes.
Iodure de potassium ...	2 gr. 50	—
Glycérine.....	40 gr.	

En cas d'insuccès on remplace cette préparation par la suivante :

Iode.	1	gramme
Iodure de potassium.....	5	—
Glycérine.....	40	—

N. D.

Les propriétés de l'adonine, par M. Inoko. — Ce succédané de l'adonidrise est extrait de l'adonis amurensis, ou fugudjuso des Japonais. C'est un glucoside qui agit à la manière de l'adonine pour ralentir les battements du cœur de la grenouille. Il en est de même de son action cardiaque sur les animaux à sang chaud et sur l'homme ; mais à condition de l'employer à doses plus élevées que la première de ces substances (*Arch. f. Exper. Path. und Pharm.*, avril 1891, p 302).

Toutefois dans les expériences que M. Inoko fit sur lui-même, il observa comme accidents consécutifs l'anorexie, la prostration et des vomissements. Il a employé l'infusion de racine d'adonis amurensis (6 grammes par jour pour 100 gr. d'eau), et a constaté les mêmes résultats sur les malades. Au demeurant, l'adonine serait vingt fois moins active que l'adonidine et les malades la supporteraient mal.

On ne s'explique point, alors, les bénéfices que certains thérapeutistes étrangers espèrent retirer de son emploi ? — N. D.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

MÉDECINE

Traitement de la variole (1)

Le nombre des préparations recommandées en dehors des topiques mercuriels est considérable.

Schwimmer (*Deutsch arch. für Klin. méd.*, 1882), ayant tenté de combattre l'infection zymatique de la variole par les antiseptiques employés en inhalations ou en pansements, n'a pas obtenu de résultats encourageants des inhalations et cependant certains malades, placés dans une atmosphère saturée d'acide phénique, avaient été influencés au point de présenter des accidents d'intoxication phéniquée.

Les applications locales de pâtes phéniquées ou thymolées ont donné des résultats très marqués. Un masque de toile fine, imbibé de la préparation, était appliqué sur la face du malade dès le début de l'éruption et renouvelé toutes les deux heures ; des applications analogues étaient faites sur les membres. La suppuration fut diminuée ; la dessication précipitée, les cicatrices supprimées Ces résultats n'ont jamais fait défaut dans les cas où

(1) Suite. Voir : n° 36, p. 262.

Digitized by Google

l'application des pansements antiseptiques avait été faite dès le début de l'éruption.

La présence de l'acide phénique ou du thymol a pu être constatée dans les urines et dans le pus des pustules; l'absorption du médicament ne saurait donc faire doute.

Lewentaner recommande les badigeonnages de la peau avec une solution antiseptique d'acide phénique ou d'acide salicylique et l'enveloppement de la face avec un masque de linge.

Les applications de teinture d'iode pure sont trop irritantes; M. le Dr Pioch déclare avoir retiré des applications de glycérine iodée

Glycérine.....	3 parties
Teinture d'iode..	1 —

des résultats tellement heureux qu'il considérerait volontiers l'iode comme un spécifique de la variole au même titre que l'iodure de potassium est un spécifique de la syphilis. Le docteur Carrieu, de Montpellier, recommande la pommade suivante :

Vaseline.....	30 grammes
Teinture d'iode.....	3 —

Le Dr Colleville se sert de la vaseline iodoformée au vingtième, jamais le médicament n'a produit d'intoxication ; les douleurs ont été très atténuées grâce à l'action anesthésique du médicament. Les pustules se sont affaissées sans être suivies de croûtes et de cicatrices.

Le docteur Carrieu recommande, pendant la période d'éruption, l'emploi d'une pommade ainsi formulée.

Iodoforme.....	3 grammes
Vaseline	30 —

Dès que la suppuration commence, il recourt aux applications d'acide borique en solution dans l'eau ou dans la glycérine; ce traitement fait disparaître les démangeaisons, masque l'odeur de la suppuration et atténue considérablement l'importance des cicatrices.

Quand le malade ne peut pas supporter l'odeur de l'iodoforme, M. le Dr Carrieu remplace la vaseline iodoformée par les topiques suivants :

Vaseline.....	30 grammes
Salol..	3 —

ou :

Salol pulvérisé	10 grammes
Poudre de riz.....	ãã. 20 gr.
Talc.....	

dont on saupoudre tout le corps.

Il ordonne en même temps, à l'intérieur, 1 ou 2 grammes de salol, associé ou non à la quinine, suivant la température du malade.

M. le Dr Cavaillon, de Carpentras, recommande d'ouvrir les pustules varioliques les plus saillantes et dont la couleur purulente est déjà accusée ; on essuie rapidement le liquide qui en sort avec un tampon d'ouate antiseptique et tous ces débris sont brûlés séance tenante. On plonge dans la pustule un pinceau de blaireau trempé dans la solution suivante :

Benzine.....	1 gramme.
Eau.....	48 —
Alcool pur.....	2 —

On essuie ensuite légèrement.

Le pansement est renouvelé pendant deux ou trois jours jusqu'au moment où les bords de la pustule sont déjà recouverts d'une légère couche safranée, analogue à celle des herpès et un peu sèche. Ce degré de la dessication décide de la substitution du pansement huileux : fait trop tôt, celui-ci emprisonne le pus ; mais, dès que le frottement peut faire tomber la croûte, on promène toutes les deux heures sur la région une plume d'oie trempée dans un mélange d'huile et de vaseline. Les croûtes et les débris épithéliaux ainsi détachés par le frottement sont recueillis sur un journal et incinérés immédiatement.

Dans les cas où la sècheresse des croûtes s'oppose à leur chute, M. Cavaillon pratique des pulvérisations tièdes avec une cuillerée de la solution benzoïnée. Ce traitement est continué jusqu'au douzième jour, et à ce moment il est bon de substituer la pommade suivante :

Naphtol.....	5 grammes.
Vaseline aromatisée....	100 —

M. Cavaillon s'est encore bien trouvé de l'emploi des bains tièdes généraux.

L'acide salicylique compte aussi ses défenseurs ; mais l'emploi ne paraît en avoir été fait que dans des cas peu nombreux ; Baudon l'emploie en pommades et en poudres.

Trois fois par jour badigeonner la face, les membres, le thorax avec :

Vaseline.....	225 grammes.
Acide salicylique.....	10 —

Poudrer ensuite avec :

Talc.....	250 grammes.
Acide salicylique	10 —

Lewentaner (de Constantinople) étend sur le visage un masque de linge recouvert de la pommade suivante :

Acide salicylique.....	3 grammes.
Amidon pur	30 —
Glycérine neutre.....	70 —

« On ne saurait, au dire de l'auteur, avoir des résultats meilleurs au point de vue esthétique ; à la suite il n'y a pas ombre de cicatrice et la face, les mains restent tout à fait lisses ; le docteur Lewentaner pense qu'on ne saurait trop recommander son traitement au sexe féminin !!! »

M. le Dr Bertrand badigeonne toutes les parties où se présente l'éruption, et dès le début de cette éruption avec la solution suivante :

Glycérine	50 grammes.
Acide borique.....	4 —

Le badigeonnage est fait matin et soir jusqu'à dessication complète.

Lavage des yeux matin et soir avec une solution tiède d'acide borique.

M. Bianchi associe les lotions au sublimé et à l'acide borique avec des bains antiseptiques contenant cinq pour cent d'acide borique. Après chaque lotion on

Digitized by Google

fait une onction avec une pommade iodoformée à 1,5 pour cent.

M. Castanier (1) adopte le traitement de M. Bertrand qu'il considère comme d'une innocuité complète, d'une application facile et d'une efficacité incontestable.

L'enthousiasme de quelques médecins qui, à la vue d'un ou de quelques cas heureux observés à la suite de rares essais, se sont laissé aller à prôner tel ou tel traitement local comme presque infaillible, paraîtra légitimement exagéré ; mais il est certain que les pansements antiseptiques atténuent souvent d'une façon notable la suppuration et les cicatrices de la variole. Des observations comme celles de Balzer, Talamon, Renaut, Schwimmer, Castanier, etc., ne laissent aucun doute à cet égard et doivent encourager dans l'adoption du traitement local antiseptique ; celui-ci semble avoir plus d'une fois procuré une évolution plus courte, une gravité moindre de la maladie, l'atténuation des cicatrices, la diminution de la contagion.

Mais à côté de ce traitement, il en est d'autres qu'il ne faut pas non plus négliger, car leur utilité est indiscutable ; parmi eux, il faut mentionner les bains.

L'utilité des bains dans la variole est chose incontestable, mais il n'est pas bien facile d'en fixer, d'en préciser les indications. Les bains chauds, les bains tièdes, les bains froids peuvent être prescrits aux varioleux ; chaque médecin a ses préférés. L'objectif poursuivi en appliquant chacune de ces diverses variétés de bains, les indications ne sont pas absolument différentes avec chacune d'elles.

Je crois les bains à température douce (28° à 30°) du meilleur effet pour les varioleux et sans le moindre danger. Je les emploie volontiers dès le début de la maladie, comme sédatifs du système nerveux, et je n'ai jamais éprouvé le besoin de recourir à l'hydrothérapie, aux affusions froides, aux enveloppements dans le drap mouillé, dont l'application est beaucoup plus délicate. Labadie-Lagrave pense que la plus grande utilité des bains froids administrés à la période de suppuration est de débarrasser la peau des produits nuisibles de la suppuration ; à ce point de vue l'emploi des bains à température douce est pour le moins aussi actif et à coup sûr beaucoup moins dangereux. Tout varioleux, à la période de suppuration ou de dessication, plongé dans un bain tiède éprouve une sensation de bien être, une détente générale en même temps qu'un bien aise cutané des plus accentués ; il accueille avec reconnaissance ce mode de traitement et souvent le réclame.

Les partisans des affusions froides et des bains froids ne sont pas absolument d'accord sur la période à laquelle le traitement présente le plus d'utilité. Ceux qui avec les auteurs allemands ne voient dans les bains froids qu'un traitement de l'hyperthermie et ne les emploient que pour combattre les élévations trop considérables de la température trouvent facilement dans les oscillations du thermomètre les indications nécessaires, mais il est des médecins pour qui la température excessive n'est pas la seule indication susceptible de commander l'hydrothérapie, celle-ci serait capable de procurer, même à des malades dont la température n'est pas excessive, un amendement des phénomènes nerveux, une régularisation de la marche de l'éruption, une atténuation de la suppuration, une résistance plus grande de l'état général, une épuration importante de l'économie, sous l'influence de la diurèse que provoquent les pratiques hydrothérapiques, Les médecins qui reconnaissent à l'hydrothérapie une efficacité aussi marquée varient quelque peu sur le mode de réfrigération qu'il convient d'employer, sur la période à laquelle la médication présente sa plus grande utilité.

Les divers modes de réfrigération ont été employés, bains froids, affusions, enveloppements dans le drap mouillé, compresses, lavements, Les deux derniers moyens d'action n'ont qu'une action fort limitée et ce sont aujourd'hui les bains froids qui constituent la méthode de beaucoup préférée. A Lyon où le traitement des maladies par les bains froids est d'une application courante et où nous cannaissons tant de maîtres dans l'art de tirer de ces bains le plus grand parti, les malades ont pris jusqu'à huit bains froids par vingt-quatre heures. Un bain d'un quart d'heure de durée, à une température de 20 à 25 degrès centigrades, suffit à faire tomber la température d'un degré.

Le Dr Clément (*Lyon médical*, 1877) croit que les bains froids sont plus utiles encore dans la variole que dans la fièvre typhoïde ; en dehors de l'abaissement de la température, la médication amène une modification avantageuse de l'éruption ; les boutons deviennent plus volumineux, plus opalins, les produits septiques sont modifiés ou détruits. C'est au moment où la fièvre de suppuration commence à se montrer qu'il faut recourir aux bains ; la température du bain doit-être de 25° à 28° ; sa durée ne dépassera pas 15 minutes ; deux ou trois bains en vingt-quatre heures suffisent habituellement ; dès les premiers bains, la chute du thermomètre indique leur influence favorable.

Le Dr Vinay (révulsion et bains froids au début de la variole, (*Lyon médical*, 1886, p. 335) pense qu'il est bon de professer un enthousiasme modéré sur l'efficacité de la réfrigération. En donnant des bains à vingt degrés centigrades toutes les trois heures, dès le début de l'éruption, chaque fois que la température dépassait 39 degrés dans le rectum, l'éminent médecin lyonnais a constaté que l'effet le plus marqué est une congestion très prononcée de la peau. La conséquence, qui résulte de cette excitation des téguments, c'est une éruption abondante sur tout le tégument externe. La fluxion, provoquée par l'agent thérapeutique, vient en aide à celle qui existe du fait seul de la maladie, agit comme le ferait l'irritation d'un vésicatoire, d'où une efflorescence d'une vigueur inaccoutumée. L'hydrothérapie abaisse certainement la fièvre du début, calme la rachialgie, modifie passagèrement l'état des forces, mais elle favorise l'abondance de l'éruption, est incapable de prévenir les phénomènes graves qui accompagnent la suppuration. Les bains froids sont douloureusement ressentis et mal tolérés pendant cette période pendant

(1) *Thèse de Montpellier*, 1890.

Digitized by Google

laquelle ils sont contre-indiqués; en ce moment, les bains tièdes sont de beaucoup préférables. L'indication des bains froids est particulièrement, dans ces formes discrètes malignes, à éruptions successives, dont Sydenham, Borsieri, Van Swieten ont signalé l'extrême gravité, *malo semper omine*. On voit que ce n'est qu'avec une extrême réserve que le médecin lyonnais proclame l'utilité des bains froids dans le traitement de la variole.

MM. Desnos et Huchard pensent que la plus grande utilité des bains froids se fait sentir au moment de la période d'invasion. La plupart des auteurs allemands sont aussi d'avis que le véritable moment du traitement hydrothérapique est au début de la maladie.

En général, on peut dire que la plupart des médecins s'accordent à reconnaître que c'est pendant les périodes d'invasion et d'éruption que les bains froids présentent leur principale indication dans le traitement de la variole. Pendant la période de suppuration, s'ils ont des partisans autorisés comme le Dr Clément, ils ont paru quelquefois dangereux même à des médecins experts dans l'emploi des pratiques hydrothérapiques comme le Dr Vinay.

La principale indication est dans l'exagération des troubles nerveux ou des élévations thermiques: le professeur Jaccoud pense que l'hydrothérapie est surtout commandée par la production d'accidents cérébraux. Ce mode de traitement réclame une grande prudence dans son application; aussi je lui préfère de beaucoup les bains tièdes, à peu près aussi sédatifs, qui ont l'avantage de provoquer des réactions moins vives, moins facilement irrégulières, d'être bien tolérés à la période de suppuration pendant laquelle ils procurent un nettoyage plus complet de la peau, un pansement plus réel des pustules et du derme enflammé.

La *saignée* trouvera quelquefois son indication au cours de la variole. Quand la dyspnée est intense, quand les phénomènes congestifs sont, au début de l'affection, très accusés du côté des poumons ou de l'encéphale, les malades éprouvent un grand soulagement d'une saignée de 400 ou 500 grammes, et la maladie reprend souvent après cette opération son cours régulier et normal. C'est surtout pour combattre les hyperémies viscérales et les stases sanguines du début de la maladie qu'il convient d'employer la saignée et je ne crois pas que, dans ces conditions, il faille se laisser arrêter par la crainte d'affaiblir le malade; j'ai souvent constaté une euphorie marquée, jamais une dépression notable des forces, à la suite d'une saignée de moyenne abondance. On peut voir combien je suis éloigné de l'ostracisme de mon savant ami, le Dr Balzer, qui proclame que la saignée doit être absolument proscrite du traitement de la variole, même chez les sujets pléthoriques.

Les médicaments internes expérimentés, recommandés dans le traitement de la variole, sont nombreux.

L'opium, vanté par Sydenham, Morton, van Swieten, comptait parmi ses partisans l'éclectique et sage Grisolle; il fait partie importante de la médication éthéro-opiacée dont j'aurai à parler dans un instant. Le perchlorure de fer a aussi ses partisans; Guépon en a donné jusqu'à 60 gouttes par jour. Les stimulants, alcool, café, quinquina, acétate d'ammoniaque ont été employés, surtout dans les cas où l'éruption des pustules varioliques paraissait se faire difficilement.

Les antipyrétiques et les nervins sont d'un usage courant: Schüller, Schwenniger déclarent avoir obtenu du sulfate de quinine, non seulement une diminution de la fièvre, mais encore une atténuation de l'intensité de l'éruption, une gravité moindre de la maladie.

Fœnrich a fait prendre à ses malades des doses de 0,25 à 1 gramme par jour de kairine; il a observé les effets antipyrétiques très nets, une euphorie notable; mais quelquefois il y a eu production de troubles gastro-intestinaux.

Zuelzer a donné le xylol à la dose de deux grammes par jour dans du vin ou dans une potion, une cuillerée à soupe toutes les deux heures. Sur 465 varioleux, dont 315 gravement atteints, la mortalité a été de 28 0/0, ce que l'auteur considère comme un résultat relativement favorable: il serait bon de savoir quelle était la gravité de l'épidémie avant d'apprécier de tels résultats.

Haas a employé l'acétanilide dans 7 cas de variole grave; il y a eu 3 morts. Les doses ont varié de 0,50 à 2 grammes en 24 heures. Le médicament a eu une influence incontestable sur la fièvre; elle a atténué les phénomènes nerveux, le délire, l'anxiété. Elle a diminué les douleurs, céphalée, lumbago, prurit, sensation de brûlure, tension pénible des téguments).

Les antiseptiques, acide phénique, sulfate de quinine, etc., n'ont pas absolument répondu aux espérances qu'on avait fondées sur eux. J'ai beaucoup employé en 1870 l'acide phénique auquel l'autorité de Chauffard avait, à cette époque, valu une vogue aujourd'hui tombée; j'ai plus souvent constaté la production d'irritations pharyngées ou stomacales qu'une atténuation de la gravité de la maladie.

MM. Luton (*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1888) et Ory (*Revue générale de Clinique et de Therapeutique*, 1889) ont recommandé vivement l'usage du *chlorhydrate de cocaïne* à l'intérieur dans le traitement de la variole. Les pustules s'affaissent rapidement en subissant la transformation lichénoïde; la suppuration ne se produit pas; les vésicules sont desséchées avant le cinquième jour, d'où l'impossibilité de préciser s'il s'agissait de variole ou de varioloïde. Ce médicament atténuerait même les formes hémorrhagiques. Je ne sache pas que le traitement préconisé par MM. Luton et Ory ait été expérimenté par d'autres médecins et il est impossible de savoir s'il tiendra les espérances que les premiers essais ont données.

La médication la plus capable de modifier activement la marche de la variole me paraît être encore actuellement la *médication éthéro-opiacée*.

C'est au mois d'août 1881 que je fis à l'Académie de médecine ma première communication sur le traitement de la variole par la médication éthéro-opiacée. Un scepticisme profond, trop légitimé par les déceptions habituellement éprouvées à la suite de l'essai des différents traitements prônés contre la variole, fut l'accueil

Digitized by Google

généralement accordé au traitement que je m'étais cru en droit de préconiser.

Cependant un certain nombre de médecins, dont l'autorité fait nom dans la science, vinrent successivement s'inscrire au nombre des partisans de la méthode et aujourd hui je me trouve en excellente société, quand il s'agit de répondre au doute parfois sarcastique, des médecins, qui rejettent la médication éthéro-opiacée de parti pris et sans l'avoir expérimentée. Dreyfus-Brisac (1), Pécholier, de Montpellier (2), Thraill, de Lille (3), Rathery (4), Tenneson (5), Gombault (6), Balzer (7), Humblot, d'Epinal (8), etc..., et récemment encore Bonamy, de Nantes (9) sont venus l'un après l'autre proclamer l'utilité de la médication éthéro-opiacée après l'avoir employée dans les services varioleux dont ils avaient la direction : voir une telle légion de médecins éminents, reconnaître l'efficacité de cette médication, ne doit-il pas amener à penser que le scepticisme, qui avait accueilli mon premier travail sur l'utilité de la méthode, avait été prématuré. Le docteur Mossé, de Toulouse, n'a pas pensé trop faire en apportant, à plusieurs reprises, l'appoint de sa haute autorité clinique à la défense et à la diffusion d'un traitement dont il n'hésite pas à proclamer l'indiscutable efficacité (10).

Dr Du Castel,
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

(*A suivre.*)

(1) Dreyfus-Brisac. — Note sur la médication éthéro-opiacée. (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, août 1882).

(2) Pécholier, de Montpellier. — Un cas d'avortement de la variole au moyen de la médication éthéro-opiacée (*Bulletin général de Thérapeutique*, juillet 1883, p. 349) et *Variole et varicelle*. Le traitement de du Castel fournit une preuve nouvelle de la différence radicale de leur germe (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Montpellier*).

(3) Thraill. — Etude sur les injections sous-cutanées d'éther sulfurique à la dose dite excito-stimulante, de leur application au traitement de quelques maladies et principalement de la variole (*Thèse de Lille*, 1882).

(4) Rathery. — Note relative à l'isolement des varioleux dans les hôpitaux (*Mémoire de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1883).

(5) Tenneson. — *Bulletin général de Thérapeutique*, juillet 1884).

(6) Cité par Bucquet. — Du traitement de la variole par la médication éthérée-opiacée (*Thèse de Paris*, 1883, Doin, éditeur).

(7) Balzer. — *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, article Variole.

(8) Humblot. — La variole traitée par la médication éthéro-opiacée à l'Hôpital Saint-Antoine, 1882, Paris, 1887.

(9) Bonamy. — Varioleux soignés aux pavillons d'isolement pendant le premier trimestre de 1888, Nantes.

(10) Mossé. — La médication éthérée-opiacée dans le traitement de la variole (*Gaz. hebdom. des Sciences médicales de Montpellier*, 1886).

Variole avec plaques confluentes et pustules hémorrhagiques. Médication éthéro-opiacée. Guérison. (*Ibid.* 1888, n° 11).

La variole aux Matelles ; les moyens de résister à l'infection variolique (*Ibid.* 1888, n° 13).

Variole grave traitée par la médication éthérée-opiacée. Avortement rapide de la suppuration. Guérison (*Société de médecine et de chirurgie pratiques de Montpellier*, 10 déc. 1890).

FORMULAIRE DU PRATICIEN

MALADIES DES ENFANTS

I. **Traitement du tœnia chez les enfants.** — Pendant les jours qui précèdent l'administration du tœnifuge, il convient de soumettre l'enfant au régime lacté. C'est, en quelque sorte, un *régime préparatoire*.

Le mode d'administration du tœnifuge que M. Descroizilles conseille est le suivant :

1° L'avant-veille, au soir, administrer un lavement purgatif au séné, et la veille un lavement simple ;

2° Le matin, faire ingérer à l'enfant une gelée vermifuge ainsi formulée :

Huile éthérée de fougère mâle..	4 grammes
Calomel	0 gr. 30 à 0 gr. 40
Gélatine ..... } Sucre pulvérisé ..... }	q. s.

F. s. a. une gelée (Dose pour un enfant de 3 à 4 ans).

Il importe que l'enfant ne vomisse point ce médicament.

3° Si l'expulsion du parasite est lente et tarde deux ou trois heures, on administrera un lavement additionné de sel marin.

MÉDECINE

II. **Un traitement du cancer de l'estomac.** — Les indications qu'il remplit sont les suivantes : 1° antisepsie de l'estomac ; 2° analgésie ; 3° diététique : il s'efforce d'être donc à la fois désinfectant, symptomatique et hygiénique.

1° Antisepsie gastrique. — On l'obtient au moyen du naphtol, du salicylate de bismuth, de l'eau sulfocarbonée ou du salol.

On doit administrer la préparation antiseptique immédiatement avant le repas (Dujardin-Baumetz).

Préférer les médicaments sous la forme pulvérulente à ceux qui ont la forme de liquide, pour assurer un contact plus prolongé du médicament avec la paroi stomacale..

S'il existe des éructations et des flatulences stomacales on prescrira les cachets suivants :

Salicylate de bismuth ..... } Naphtol ..... }	àà 5 grammes
Charbon pulvérisé et lavé.....	10 —

Pour vingt cachets semblables. — Dose : un cachet avant chaque repas.

Dans le cas de constipation, associer la magnésie au salicylate de bismuth :

Salicylate de bismuth..... } Magnésie anglaise ..... } Bicarbonate de soude..... }	àà 10 grammes

Pour trente cachets. — Même dose.

Au contraire, s'il y a de la lientérie ou de la diarrhée, préférer le salol seul ou associé au salicylate de bismuth :

Salol..... } Bicarbonate de soude..... }	àà 10 grammes

F. s. a. pour vingt cachets. — Même dose.

Ou bien :

Salicylate de bismuth	10 grammes
Salol..... } Bicarbonate de soude..... }	àà 5 —

Pour vingt cachets. — Un cachet avant chaque repas.

2° Analgésie. — Au premier rang, les injections de

Digitized by Google

morphine. Toutefois, quand la douleur est modérée, et si on redoute la morphinomanie, débuter par l'emploi des opiacés : élixir parégorique, gouttes noires anglaises, gouttes blanches de Gallard, ou bien essayer l'eau chloroformée (de Lasegue), à la fois anesthésique et antiseptique, ou la cocaïne en solution.

Hydrochlorate de cocaïne..... 0 gr. 30
Eau..... 150 grammes

Dose : une cuillerée à soupe, de deux en deux heures, et, au besoin, toutes les heures.

3° Diététique. *Choix des aliments.* — En règle générale, cela s'explique, on préférera ceux qui avec un minimum de travail digestif et de déchets ptomaïniques produiront le maximum de substances assimilables. D'où la recommandation, à l'heure actuelle, devenue banale, de prescrire le régime végétarien.

Consistance des aliments. — Elle sera en rapport avec le siège anatomique de la tumeur. A adopter, par conséquent, les aliments liquides ou demi-liquides dans le cancer du cardia. S'agit-il d'un cancer du pylore? On peut donner des aliments solides, mais à condition de pratiquer de temps en temps, comme moyen de pansement, les lavages de l'estomac avec le tube de Faucher et un liquide antiseptique : l'eau naphtolée au millième, l'eau sulfocarbonée ou l'eau chloroformée.

Le *régime alimentaire* sera de préférence le *régime pythagoricien* atténué :

1° Œufs sous toutes les formes;
2° Féculents à l'état de purée, de bouillies, de potages, les purées de légumes verts, les compotes de fruits;
3° On peut associer les poudres de viandes aux purées de légumes ou aux potages;
4° Boissons : lait, bière; en cas d'intolérance pour ces liquides, mais seulement dans ce cas : vin blanc coupé abondamment d'une eau minérale alcaline, Alet, Pougues, etc., etc.

Ch. Eloy.

CORRESPONDANCE DES DÉPARTEMENTS

Isolement ou antisepsie dans la diphtérie

Blain, 3 septembre 1891.

En reprenant la controverse sur l'inopportunité assez fréquente de l'isolement dans la diphtérie, la reconnaissance me fait un agréable devoir de remercier la *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique* et son rédacteur en chef de la bienveillance avec laquelle ils ont bien voulu ouvrir l'enquête que j'avais sollicitée.

Il m'est accordé que l'isolement non accompagné de précautions antiseptiques est une mesure incomplètement rassurante pour les sujets en faveur de qui elle est prise et qu'en outre un tel isolement favorise la propagation de la diphtérie. D'où la nécessité de recourir à l'isolement en l'accompagnant de précautions antiseptiques.

Mais à l'impossible nul ne peut être tenu et quand le médecin de campagne se trouve en face d'un cas de diphtérie survenu dans une famille pauvre et nombreuse, alors qu'il n'existe ni un ami pour recueillir de bonne volonté les frères et sœurs du malade, ou bien que le refuge offert ne présente aucune garantie de sécurité au point de vue de l'intelligence et de la sollicitude nécessaire à la sauvegarde des petits fugitifs, alors que dans la région les efforts du médecin ne sont secondés par l'autorité d'aucune police sanitaire, alors que le médecin n'a ni le devoir, ni la possibilité, ni même le droit de visiter ces enfants éloignés de la demeure paternelle pour qui on ne l'appelle pas, eh bien! dans ces cas qui ne sont pas rares, j'estime, en m'appuyant sur la concession qui m'est déjà faite, que la loi de l'isolement n'est pas applicable.

Que l'on veuille bien demander *et obtenir* pour le médecin de campagne l'assistance morale et les ressources matérielles nécessaires pour pratiquer l'isolement dans de bonnes conditions et je ne serai nullement tenté d'assumer une effrayante responsabilité en conservant des enfants encore bien portants, *du moins en apparence*, dans une chambre infectée par un diphtéritique. Cet enthousiasme pour les bienfaits de l'aérothérapie antiseptique, à laquelle il m'est fait une bienveillante allusion et dont je me défends d'autant moins que je suis sous ce rapport en la très estimable compagnie de M. le Dr Eloy lui-même; cet enthousiasme, hélas! s'est réduit très souvent à une cruelle anxiété causée par les dangers que couraient mes jeunes clients et à un douloureux écœurement provoqué par la pénurie des ressources mises à ma disposition. Il faut pourtant bien accepter la lutte contre la propagation de la diphtérie avec les lamentables conditions qui fréquemment l'accompagnent et je n'ose guère espérer qu'un jour viendra où les efforts du médecin de campagne seront partout et toujours encouragés et secondés.

L'extrême vitalité, la résistance, la diffusibilité du bacille de Lœffler sont invoquées en faveur de l'isolement. Comment, en effet, ne pas fuir un tel ennemi! Mais pour que la fuite fût efficace, il faudrait le fuir avant d'avoir constaté sa présence, ce qui est impossible, et m'appuyant sur ces mêmes données de laboratoire, ne pourrais-je pas dire de l'enfant qui fait ainsi un foyer de diphtérie dans lequel il a vécu plusieurs heures, plusieurs jours peut-être : il est trop tard; emmenez cet enfant au galop d'un cheval si vous le voulez. Les bacilles de Lœffler « monteront en croup et galoperont avec lui ». Veillez sur lui et veillez sur son nouvel entourage.

L'aérothérapie antiseptique employée seule ne saurait évidemment suffire pour donner aux médecins et aux familles une garantie parfaite contre la propagation de la diphtérie. Mais l'isolement peut il procurer cette garantie parfaite? Je ne pense pas qu'on puisse l'affirmer, alors même que l'isolement est fait dans les meilleures conditions et, d'autre part, si ces bonnes conditions ne sont pas réalisées, il est reconnu que les résultats obtenus sont déplorables. *Or, je ne suis l'adversaire de l'isolement que dans les cas, il est vrai, trop fréquents où le médecin n'a aucune garantie qu'il sera accompagné de précautions antiseptiques suffisamment intelligentes et attentives.*

Je demeure donc convaincu que les deux questions suivantes méritent d'être mises à l'ordre du jour et d'attirer la sérieuse attention de tous mes confrères.

1° Quels sont les meilleurs moyens à employer pour lutter contre les dangers de la contagion diphtéritique, lorsque l'isolement est matériellement impossible?

2° Quelles garanties doit offrir un mode d'isolement pour constituer une mesure correcte et véritablement prophylactique?

Avant d'aborder ces deux questions, il importe d'en faire accepter, en principe, par le corps médical l'utilité, l'extrême importance. C'est vers ce but unique que mes efforts actuels se limitent.

Dr René Couetoux.

REVUE DES CONGRÈS

Association médicale britannique

59e session, tenue a Bournemouth du 30 au 31 juillet 1891 (1)

I. *Les effets de l'alcool.* — II. *Doit-on pratiquer l'iridectomie dans l'opération de la cataracte?*

I. **Les effets de l'alcool.** — M. Samuel Wilks qui prend le premier la parole, fait un remarquable discours sur ce

(1) Voir : n° 36, p. 269.

Digitized by Google

sujet « aussi vieux, dit-il, que la médecine elle-même et cependant toujours nouveau. » Son influence sur la vie de l'homme aussi bien que ses rapports avec la thérapeutique lui donnent un intérêt toujours aussi grand. On a constamment signalé à l'Association même les mauvais effets de l'alcool et l'auteur lui-même trouve nécessaire de s'élever contre l'abusif emploi de l'alcool en médecine.

Quelques mots d'abord sur l'action physiologiques de l'alcool. Il paraît agir directement sur les nerfs de la bouche et en même temps sur le cœur et la circulation. Les physiologistes ajoutent qu'il a une action d'inhibition sur les nerfs vagues et qu'il accroît la vigueur du cœur et des vaisseaux.

Quand l'alcool, pris en très grandes quantités, est absorbé, il agit tout d'abord comme un stimulant. On le constate par la coloration de la face, l'accélération des battements du cœur et l'augmentation de la vigueur mentale, qui donne plus d'animation à la physionomie et à la conversation. Il est probable que ces effets qui paraissent à l'extérieur ont leur pendant à l'intérieur du corps, dans le cerveau et les autres organes. On pense aussi que l'alcool augmente et stimule la production du suc gastrique. En plus grandes quantités l'alcool est encore absorbé et cesse d'avoir une action stimulante. Il produit un abaissement considérable de toutes les fonctions du corps et ses effets les plus immédiats se produisent sur les centres nerveux et les organes digestifs. Il est bien constaté qu'il produit l'anesthésie et la perte des facultés motrices. Le dernier accident est quelquefois la paralysie générale. Le vin, qui contient de l'alcool, a les mêmes effets. Toutefois l'auteur pense que quelques-unes de ses propriétés sont dues aux autres ingrédients et essences que contient le vin et en particulier le vin de Champagne. Dans l'abus des boissons alcooliques, la plupart des affections du corps sont dues à l'alcool. C'est surtout le cas en Angleterre où l'on boit les vins les plus forts et les plus fortifiants. Mais on ne doit pas confondre les effets produits par les vins et ceux que produisent les spiritueux.

Il faut surtout retenir de l'alcool, qu'il affaiblit la fonction du système nerveux, mais qu'il repose le corps et l'esprit, quelques-uns disent même la conscience. C'est pour cela que tant de gens en prennent.

L'auteur, citant ensuite Tolstoï et Dumas fils, s'étend sur les effets moraux de l'alcool : « L'homme boit pour oublier ou dormir ».

Si l'on examine maintenant l'effet de l'alcool sur le système nerveux qu'il affaiblit; on voit qu'au bout de peu de temps il amène la dégénérescence des centres nerveux et produit la paralysie générale, ce que l'on constate en observant le tremblement des lèvres, des mains et la démarche chancelante. Les muscles eux-mêmes subissent des changements, et souvent le cœur devient graisseux. Les nerfs durcis et épaissis par la névrite produisent la paraplégie, plus commune chez la femme que chez l'homme. Les effets des excès de boisson sur les organes digestifs sont bien connus : perte de l'appétit, dégoût de la nourriture, nausées, ulcération et durcissement des muqueuses. Quant aux effets chroniques de l'alcool, ils ont été souvent décrits et l'auteur pense que l'alcool a une affinité spéciale pour certains organes comme le cerveau et le foie, produisant la dégénérescence du premier, la cirrhose du second. Les buveurs sont aussi prédisposés à la phthisie chronique, et même à la tuberculose.

Passant ensuite à la partie pratique de la question, l'auteur examine s'il est bien utile de faire entrer l'alcool dans le régime ordinaire, comme une médication. On ne peut séparer les questions de régime et de médecine, et beaucoup de personnes prennent de l'alcool avec leurs aliments et le regardent comme une médecine. Que doit-on répondre aux personnes qui tous les jours viennent vous poser cette question : « Que dois-je boire chaque jour ? » L'auteur, pour sa part, s'il a affaire à un malade qui n'use jamais de boissons alcooliques, ne voit pas la nécessité d'apporter aucune modification dans son régime, pas plus que dans la manière de vivre de celui qui n'use que modérément de ces mêmes boissons. Quand il lui arrive de recommander l'usage du vin ou des spiritueux, c'est habituellement pour calmer un système nerveux trop agité.

Quant à la valeur de l'alcool dans la digestion, il est difficile d'arriver à une conclusion. Que les liqueurs fortes et le whisky aident à la digestion, rien n'est moins prouvé. Les physiologistes nous disent au contraire que l'alcool la retarde.

Quant à dire s'il est du devoir des médecins de permettre et de recommander l'usage modéré du vin, de la bière et des liqueurs faibles, on ne peut proscrire les vins légers ou la bière pris avec modération ; quant à l'alcool pur, l'auteur, mettant sa valeur en doute, a rarement recommandé de le prendre comme un régime ordinaire.

Vient maintenant la question de l'alcool pris comme un médicament. Le Dr Wilks n'hésite pas à dire que ceux qui autrefois l'on prescrit et lui ont reconnu quelque utilité se sont complètement mépris sur son action. Ils croient avoir donné un stimulant et non un sédatif quand ils en ont retiré de bons résultats dans des fièvres avec température élevée et pouls fréquent. C'est cette erreur qui lui a valu d'être administré partout dans presque toutes les maladies Notre connaissance des effets de l'emploi de l'alcool dans les maladies est purement empirique et peu de principes peuvent nous guider. Il donne toutefois de bons résultats dans les états typhiques avec fièvre, pouls rapide et délire.

Les maladies de cœur sont les affections qui demandent le plus de circonspection dans l'administration de l'alcool. Dans les troubles fonctionnels avec pouls irrégulier, ayant souvent pour cause la dyspepsie, un verre d'eau-de-vie et d'eau remet les choses en l'état normal, mais dans les lésions organiques, l'alcool doit être soigneusement défendu.

En résumé, l'alcool n'est pas nécessaire pour un grand nombre de gens qui se trouveraient beaucoup mieux de se passer de cette boisson. Sans proscrire l'usage modéré du vin et de la bière, on ne peut approuver celui des liqueurs fortes. En médecine, l'alcool et le vin doivent être donnés comme sédatifs et reconstituants, surtout dans les maladies nerveuses; dans les fièvres on le donnera pour diminuer la pyrexie, et dans les autres maladies, suivant les circonstances.

II. **Doit-on pratiquer l'iridectomie dans l'opération de la cataracte.** — M. F. R. Cross a occasionnellement pratiqué l'iridectomie comme une opération préliminaire, surtout dans les cas qui paraissaient défavorables pour le patient.

Le problème consiste à enlever la cataracte en causant le moins de dommage possible à la structure de l'œil, et à lui rendre la meilleure vue possible. Il ne faut donc pas que l'opération le prédispose à des troubles à venir.

L'extraction complète de la cataracte est certainement facilitée par l'iridectomie ; la capsule peut être lacérée avec plus de précision ; l'extraction n'est pas gênée par la présence de l'iris, on voit plus aisément les fragments dans la pupille et l'on peut opérer systématiquement.

La grande objection que l'on peut faire à l'opération simple, c'est qu'il peut survenir après l'opération un prolapsus de l'iris et la seule possibilité de cette complication est suffisamment alarmante. L'auteur en a eu quatre cas.

L'iridectomie a été d'une telle valeur dans sa pratique, comme remède et comme mesure préventive, que l'on peut dire que c'est une sauvegarde par elle-même. Mais on peut mettre en regard tous les avantages que l'on retire d'un iris intact, car il protège le corps ciliaire après que la cataracte est enlevée, préserve l'œil du glaucôme et de l'infiltration septique.

Digitized by Google

En présence de ces avantages et de ces inconvénients, l'auteur ne veut pas trancher la question. La méthode simple peut être considérée comme plus difficile mais comme donnant de meilleurs résultats.

Elle est peut-être préférable dans les cataractes qui sont simplement mûres et pour les malades plus jeunes que la moyenne. Quand la cataracte est plus ancienne, qu'elle paraît rigide, et surtout si le malade paraît devoir s'agiter, l'iridectomie paraît indiquée. P. G.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 septembre 1891

Présidence de M. le Dr Tarnier.

Etat hygiénique des juifs. — M. Worms, répondant à M. Lagneau, a fait le relevé des malades soignés à l'hôpital Rothschild pendant vingt-cinq ans. Sur 26,591 malades, il n'a trouvé que 77 épileptiques. L'épilepsie est donc rare chez les juifs. Hauser, de Vienne, affirme que cette maladie n'est pas plus fréquente chez les juifs que chez les catholiques.

A la Salpêtrière, les relevés montrent le même fait. Charcot ne croit pas que la race juive soit prédisposée à l'épilepsie.

On a prétendu aussi que les juifs recherchaient la richesse et le bien-être. Comment se fait-il qu'ils soient en aussi grand nombre dans l'armée, dans laquelle on n'entre pas pour gagner de l'argent ?

M. Lagneau rappelle que Charcot a signalé la fréquence, chez les Juifs, de la neurasthénie et des affections nerveuses. Les statistiques nombreuses qu'il met sous les yeux de l'Académie prouvent que l'épilepsie est plus fréquente chez eux que chez les catholiques. Il l'attribue aux préoccupations commerciales, au travail cérébral considérable et persistant.

M. Javal prétend que la statistique est un mal quand elle amène des affirmations erronées. Si on observe un nombre élevé d'aliénés chez les juifs, c'est qu'ils habitent en général les villes où il est plus facile d'en faire admettre dans les hôpitaux.

M. G. Sée n'admet pas que l'épilepsie, l'aliénation mentale et le diabète soient plus fréquents chez les juifs.

Néphrite infectieuse dans l'état puerpéral. — M. Charpentier lit deux observations de malades atteintes de cette affection. Dans les deux cas, le début de l'albuminurie a été insidieux, et l'albumine n'a apparu dans l'urine que quarante-quatre jours après l'accouchement. Les malades ont eu des frissons répétés, sans accidents locaux du côté de l'utérus et de ses annexes. La température a présenté de grandes oscillations : de 40° à 41° et de 36°5 à 35°6. Le pouls s'est maintenu entre 100 et 128. F. R.

INFORMATIONS

FRANCE

Association française pour l'avancement des sciences. (Congrès de Marseille du 17 au 24 septembre 1891). Parmi les communications annoncées, nous notons les suivantes :

André : Diathèse néoplasique. — *Auriol* : Traitement de la phtisie par les inhalations d'acide sulfureux. — Intoxication paludéenne dans la région de la Camargue. — Affections oculaires consécutives à l'impaludisme. — Traitement de la pustule maligne par les injections hypodermiques de biiodure de mercure. — Traitement palliatif des humeurs inopérables par la résorcine. — *Baraduc* : La brométrie, procédé de mensuration de la tension vitale. — *Coutaret* : Diathèse rhumatoïdale et catarrhe gastrique. — *Coste* : Des varioles frustes. — *Didoy* : Leucoplasie des syphilitiques. — *Fenton* : Cathétérisme des voies biliaires. — *Galliat* : Antisepsie intestinale dans la fièvre typhoïde. — *Gaube* : De l'albumine dans la sueur de l'homme et des animaux. — *Hallopeau* et *Larat* : Une nouvelle variété de tropho-névrose. — *H. Huchard* : Origine alimentaire et traitement préventif de l'artério-sclérose. — Les cardiopathies après l'influenza. — *Imbert de la Touche* : Du traitement de la goutte et du rhumatisme par l'électricité. — *Laplane* : Hémiplégie palustre. — Absence hystérique. — *Larat* : Les progrès de l'électrothérapie — *Montaz* : De l'intervention chirurgicale dans les luxations irréductibles du pouls. — *Mossé* : Eléments du pronostic dans la pneumonie des vieillards. — *Moine* : Adénoïdites aiguës des enfants. — *Nepveu* : Recherches sur le cancer, karcokinesie et psorospermie — *Oddo* et *Silbert* : Elimination du plomb et du fer par la peau dans le saturnisme aigu. — *Ollier* : Opérations conservatrices dans la tuberculose osseuse. — *Onimus* : Traitement des lésions pulmonaires par l'évaporation de substances médicamenteuses. — *Rey* (*M.*) : De l'accommodation en obstétrique. — *Vaudey* : Traitement de certaines ankyloses complètes par le massage après rupture avec anesthésies. — *Villard* : Des thromboses veineuses d'origine dytératique. — *André* : Sur l'hospitalisation des maladies contagieuses. — *Alezais* : L'ère chirurgicale des sinus frontaux. — *Bousquet* : Des dangers de l'intervention tardive en obstétrique. — *Just Championnière* : La cure de la hernie sans étranglement chez la femme. — *Gallezowski* : Le traitement et les signes précurseurs de l'atrophie des papilles ataxiques. — *Gautier* : Synthèse de thérapeutique électrique en gynécologie. — *Jacques* : Remarques cliniques sur la diphtérie. — *Ollivier* (*A.*) : La fausse méningite hystérique des enfants. — *Quirel* : Observations de salpingectomie. — *Chiais* : Sur quelques troubles physico-chimiques de la nutrition des artério-scléreux et de leur traitement. — *Rey* : De la trépanation comme traitement de la paralysie générale. — Paralysie générale et syphilis.

ÉTRANGER

Allemagne. — **Institut des maladies infectieuses.** — Cet institut, destiné à M. Koch par le gouvernement prussien, vient de s'ouvrir. Il comprend un département clinique dirigé par M. Brieger, dont on connait les études sur les ptomaïnes ; un département scientifique, dirigé par M. Pfeiffer, collaborateur à l'*Atlas microphotographique de bactériologie* de Frœnkel.

Ils ont pour assistants : MM. Petruschky qui s'occupe de recherches sur l'immunité par les produits bactéridiens ; Frosch, pour les travaux de bactériologie, et Briegier, pour les recherches sur les antiseptiques.

Le service de la clinique est confié aux sœurs de Brandebourg (Mœrkische Schwestern).

Autriche. — **Congrès des aliénistes autrichiens.** — La prochaine session aura lieu à Graz du 5 et 6 octobre 1891.

Association des naturalistes et médecins allemands. — La réunion de 1891 aura lieu à Halle du 21 au 25 septembre prochain. Parmi les communications intéressant les sciences médicales nous notons les suivantes :

(Section XI). — *Pathologie générale et anatomie pathologique* : MM. Chiari (Prague) : Des lésions du cervelet dans l'hydrocéphalie. — Eberth (Halle) : Processus de réparation de la cornée. — Haasler : Hypertrophie compensatrice des poumons. — Gerdes : Modifications de l'écorce cérébrale dans la démence, et Ackermann : Altérations morbides du placenta.

(Section XIV). — *Médecine* : Discussion sur le traitement de Koch.

(Section XV). — *Chirurgie* : MM. Mikulicz : Hernies gangreneuses. — Schœnborn : Ostéo-myélite tuberculeuse aiguë. Frœntzel : Traitement des arthrites tuberculeuses par la glycérine iodoformée

Digitized by Google

(Section XVI). — *Obstétrique et gynécologie* : MM. Winter : De la fièvre pendant l'accouchement — Koltenbach : Traitement de l'endométrite. — Harff : Étiologie de la néphrite des femmes enceintes. — Pantzer : Rapports entre la maladie de Basedow et les affections génitales de la femme.

(Section XVII). — *Maladies des enfants* : MM. Risel, Pott, Biédort et Pfeiffer : Communications sur la vaccination. — MM. Ganghœfer, Ranke et Lesie : Le remède de Koch en pédiatrie. — Bokai : De l'incubation. — Rehn : Syphilis héréditaire ; — et Unger : Méningite ventriculaire.

(Section XVIII). — *Neurologie et psychiatrie* : MM. Flechsig : Anatomie pathologique des tabes dorsalis. — Siemerling : Nouveaux faits relatifs à l'ophtolmoplégie progressive. — Mendel : Anatomie pathologique de la maladie de Basedow. — Binswanger : Anatomie pathologique de la paralysie progressive.

NOUVELLES MILITAIRES

Nominations dans le corps de santé militaire (Réserve). *Au grade de médecin aide-major de 2e classe.* — MM. Bouisson, Lion, Jaugey, Bouju, Cézilly, Raulin, Roffard, Franceschi, Vignard, Marqueyrol, Sous, Vigouroux, Monin, Cotton, Millet, Lenchantin de Gubernatis, Devillers, Durand, Gaube, Desbrières, Claa, Vaton, de Coquet, Vigouroux, Lalitte, Zaleski.

(Armée territoriale.) *Au grade de médecin-major de 2e classe.* — Les médecins-majors de 2e classe de l'armée active, démissionnaires : MM. Richard, Mosimann, Boussavit.

Au grade de médecin aide-major de 1re classe. — M. le médecin aide-major de l'armée active démissionnaire Lannois.

Au grade de médecin aide-major de 2e classe — MM. Soutoul, Maurin, Helme, Raymonenq, Allard Charier, Ducasse, Valat, Ménard, Duchon-Doris.

Officiers et médecins de réserve et de l'armée territoriale. — Une note ministérielle du 3 septembre établit ainsi les moyens de publicité à employer pour faire connaître à ces officiers les réunions auxquelles ils devront toujours être admis en tenue :

Ils sont admis en tenue, sans invitation spéciale, à la gauche des officiers sans troupe, à toutes les revues extérieures, réunions officielles ou cérémonies officielles où figurent les officiers de la garnison.

En raison de l'impossibilité de porter individuellement à la connaissance des officiers de réserve et de l'armée territoriale intéressés les revues, réunions ou cérémonies dont il s'agit, elles seront l'objet de communications qui seront affichées à la porte extérieure des bureaux de la place où elles devront avoir lieu.

Ces avis seront, en outre, affichés aux portes extérieures des préfectures, des sous-préfectures et des mairies dépendant de la place où auront lieu les revues, réunions ou cérémonies. A cet effet, les préfets intéressés recevront des instructions.

Les dispositions qui précèdent seront rappelées aux officiers de réserve et de l'armée territoriale au cours des périodes d'appel et des stages pour lesquels ils seront convoqués ; ces officiers seront, en conséquence, invités à consulter les affiches dont il est question ci-dessus, afin d'être exactement renseignés au sujet des jours et heures des revues, réunions et cérémonies auxquelles ils voudront assister.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs Brisson (médecin de la marine) et T. Bellencontre (de Drucourt).

En Russie : M. le Dr Scherémetevsky, professeur de physiologie à la Faculté de Moscou.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Beatty. — Des variétés de l'urticaire (*Brit. journal of derm.*, mai 1891).

Bignami. — De la fièvre intermittente malarique à longs intervalles (*Riforma medica*, 22 juillet 1891).

Bremer. — Névrose du nerf vague (*Alienist and neurologist*, avril 1891).

Dubrulle. — La grippe et le caractère présumé de son agent pathogène (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1er août 1891).

Grocco. — Sur une cause d'erreur pour la recherche de l'albumine dans les urines ictériques (*Riforma medica*, 21 juillet 1891).

Kuhl. — Du diabète sucré des enfants (*Med. Chir. Rundschau*, 1891, p. 481, n° 13).

Mackay. — Méningo-myélite cervicale consécutive à l'influenza (*The Lancet*, 1er août 1891).

Nannoti. — De la suppuration produite par le pneumocoque de Frankel (*Riforma medica*, 27 juillet 1891).

Posner et Epenstein. — Du naphtol *a* pour la recherche du sucre dans les urines (*Berl. Klin. Woch.*, 1891, p. 200).

Stendnez. — De l'étiologie de l'angine folliculaire (*Munch Med. Woch* 1891, n° 26).

Unna. — De l'autotuberculisation dans le lupus (*Berl. Klin. Woch.*, 1891, n° 25).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Ballon (W.-R.). — Prostatite aiguë et abcès de la prostate. (*The N. York med. Journal*, 25 juillet 1891).

Charvot. — Deux cas de phlébite syphilitique. (*Revue de chirurgie*, 10 juillet 1891).

Chipault. — Quatre nouveaux faits de chirurgie rachidienne du mal de Pott. (*Revue de chirurgie*, 10 juillet 1891).

Christowitch. — Sur un cas de cancer de l'œsophage et du larynx, traité par l'œsophagotomie externe et la trachéotomie. (*Revue de chirurgie*, 10 juillet 1891).

D'Ancoine. — Abcès secondaire du foie. (*Revista clinica e therapeutica*, juillet 1891).

Rushmore. — Corps étranger des bronches. (*The N. York med. Journal*, 25 juillet 1891)

Weir (R.). — Gastrotomie par la méthode de Hacker pour un retrécissement infranchissable de l'extrémité inférieure de l'œsophage. (*The N. Y. med, Record*, 25 juillet 1891).

THÉRAPEUTIQUE ET MATIÈRE MÉDICALE

Atkinson. — De l'eucalyptus dans le traitement de la fièvre intermittente (*The Practitioner*, juillet 1891, p 26).

Babcock. — Des effets de la diurétine dans les hydropisies (*The New-York med. Journal*, 11 juillet 1891).

Barton (A). — De l'arsenic dans l'anémie pernicieuse (*The Lancet*, 8 août 1891).

Binz (C.). — L'alcool comme médicament (*La Terapia moderna*, mai 1891).

Brainerd. — Expériences cliniques avec l'eucalyptol (*The thérapeutic Gazette*, 15 juillet 1891).

Combemale et Ladrière. — De l'acide borique contre le crachat vert : recherches expérimentales et remarques cliniques (*Bulletin méd. du Nord*, 14 juillet 1891).

Liégeois (Ch.). — Solanées et solanine dans le traitement de la douleur sciatique (*Bull. méd. des Vosges*, juillet 189' p. 37).

Paulino (Alvaro). — De l'ichtyol comme spécifique de l'erysipèle et des lymphangites (*O Brazil Medico*, 8 juillet 1891).

Robertson. — De l'emploi du benzol pur contre la coqueluche (*The Lancet*, 8 août 1891).

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE N° 38 16 SEPTEMBRE 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, BÉCLÈRE, BROCQ, DEMELIN, DU CASTEL, GINGEOT, Charles MAURIAC, PACQUÉ Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

Hôtel-Dieu. — M. le Dr PANAS

La conjonctivite impetigineuse (1)

Je vais vous parler du petit malade que vous venez de voir tout à l'heure. Vous avez constaté que ses paupières étaient grosses, rouges, gonflées, enflammées en un mot ; le matin elles sont collées, et si on les ouvre elles laissent échapper un flot de pus. Devant de tels symptômes, vous avez été portés à formuler le diagnostic d'ophthalmie purulente et à vouloir appliquer le traitement par les cautérisations au nitrate d'argent. Comme la maladie n'atteint qu'un seul œil, on est affermi dans l'idée d'une affection contagieuse ; mais on ne pense pas que la nature de cette contagion peut être autre que celle de l'ophthalmie purulente, de l'ophthalmie blennorrhagique.

Si vous examinez de plus près, vous remarquez sur la face quelques croûtes d'impetigo. Cette constatation constitue un point très important ; car quelquefois il y a peu d'impétigo ; l'éruption se montre discrète, mais n'y aurait il qu'un seul bouton, qu'il suffit à indiquer d'une manière précise la nature de l'affection.

Du reste entre cette conjonctivite et la conjonctivite purulente vraie, il y a des différences. Nous voyons ici un pus blanchâtre, lié et non ce pus séreux, jus de citron, poisseux, fibrinoide, qui se sèche en coulant sur la joue et qui indique un état grave.

Ce flot de pus épais que nous avons dans notre cas correspond à une conjonctivite catarrhale, muco-purulente et violente.

Il faut dans les suppurations voir la nature du pus, car le pus n'indique pas toujours un état grave ; il y a longtemps que les chirurgiens ont distingué le pus de bonne et celui de mauvaise nature.

Si nous ouvrons les paupières à l'aide des crochets de Desmarres, la conjonctive apparaît d'un rouge intense, bien que veloutée et lisse. Ce n'est pas là le type de l'ophthalmie granuleuse infectieuse.

Si nous avançons un peu plus dans notre examen, nous trouvons la cornée absolument saine, et cet état d'intégrité parfaite doit frapper en face de la purulence et du gonflement de la conjonctive.

De plus, il existe autour de la cornée quelques petites vésicules purulentes, qui rappellent en miniature les pustules impétigineuses de la face.

Considérez aussi que cet enfant est grandelet, il a quatre ans ; il est dans la seconde enfance, ce qui exclut l'ophthalmie des nouveau-nés. On peut observer cette dernière même chez l'adulte, mais on peut alors suivre la filiation, du nourrisson à la mère par exemple. La conjonctivite dont il est atteint, c'est autre chose, et on ne la voit jamais chez le nouveau-né, tandis qu'elle se montre assez fréquente jusqu'à neuf ans environ.

Vous devez apprendre à la connaître, sans cela vous vous exposez à ce qui s'est passé dans le fait que je vais vous rapporter. Je suis appelé en consultation à Paris pour un enfant. Je vois un œil rouge, un chémosis énorme, une suppuration abondante et en plus une cornée complètement blanche et opaque comme la sclérotique. Cette altération de la cornée surajoutée était non du fait de la maladie, mais du fait du traitement.

Hanté par l'idée d'ophthalmie purulente, on n'avait pas manqué de pratiquer de larges cautérisations au nitrate d'argent, dont l'excès avait été précipité, par de l'eau salée, mais qui n'en avait pas moins produit l'effet désastreux que je vous ai raconté.

Cette erreur commune de diagnostic, il faut bien la retenir, car l'expérience réside dans le souvenir des fautes commises.

Qu'est-ce donc que cette maladie à aspect de conjonctivite purulente ? c'est l'ophthalmie *impetigineuse*, l'impétigo de la conjonctive. S'il ne se forme pas de croûte cela tient à la région. Il y a longtemps que dans mon enseignement j'attire l'attention sur cette affection.

La connaissance de la nature guide dans les indications du traitement.

D'abord il ne faut jamais mettre d'irritants, quand on a affaire à une telle inflammation ; par conséquent, ni sulfate de zinc, ni sulfate de cuivre, et encore moins et surtout pas de nitrate d'argent ; mais des antiseptiques et des antiphlogistiques.

J'ai donc fait chez notre petit malade pratiquer, à l'aide de solution d'acide borique à 4 0/0 additionnée d'une petite quantité de glycérine, un lavage continu avec une poire en caoutchouc en pénétrant bien dans l'intérieur des culs de sacs ; on a appliqué en permanence sur l'œil des compresses trempées dans le même liquide et maintenu de la glace à demeure.

Lorsque les phénomènes d'inflammation sont tombés, on a employé pour modifier les vésico-pustulettes, gros comme un pois de la pommade à la vaseline et à l'iodoforme, puis la pommade suivante :

Vaseline blanche	5 gr.
Bioxyde jaune de mercure	0,01 centig.

Sous l'influence de ce traitement, les paupières se sont dégonflées, les boutons impétigineux ont disparu.

(1) Leçon clinique recueillie par M. H. Gillet et revue par le professeur.

Digitized by Google

La cornée ne perdra jamais sa transparence si l'on n'use pas du nitrate d'argent. Retenez bien cela.

Dans le cas que je vous rapporte, j'annonçai que j'espérais que la couche épithéliale superficielle était seule atteinte, et que le nouvel épithélium, en se reformant, ramènerait la transparence, à moins que la lésion plus profonde n'ait atteint la membrane de Descemet, qui se trouverait tatouée par l'oxyde d'argent déposé.

Je puis vous donner des nouvelles de cet enfant, puisqu'il y a sept ou huit ans que ce fait, que je n'ai jamais oublié, s'est passé. Il a complètement et intégralement guéri ; mais il a fallu près d'un an ou un an et demi avant que le centre de la cornée n'ait repris toute sa transparence. S'il avait persisté une petite opacité centrale, j'aurais proposé l'iridectomie pour créer une pupille optique.

Rappelez-vous donc cette kérato-conjonctivite impétigoïde qui n'est pas suffisamment classique, décrite dans les livres.

Rappelez-vous tout le mal que vous pouvez faire.

Pénétrez vous de l'importance des connaissances ophthalmologiques pour le médecin. Cette affection est de celles que tout praticien doit connaître pour être fidèle au premier principe thérapeutique : *primum non nocere.*

CLINIQUE MÉDICALE

Troubles cérébraux et cancer de l'estomac

Par M. le Dr Charpentier

L'autopsie de sujets atteints d'hémiplégie ancienne fait parfois découvrir, en outre du foyer de ramolissement cérébral, une lésion cancéreuse de l'estomac ; le fait n'est pas banal, mais se rencontre de temps à autre; déjà lorsque nous étions internes à l'infirmerie de Bicêtre, nous avions été frappé de cette coïncidence ; la lésion pylorique, quoique ulcéreuse et vaste, avait passé inaperçue soit que les plaintes des malades aient été peu accentuées ou non comprises en raison de l'embarras de la parole, soit que les vomissements eussent été rares et attribués à quelque cause accidentelles; le dépérissement s'expliquait par la perte d'appétit, le refus d'aliments, le découragement graduel, le séjour au lit et la perte d'exercice. Depuis nous avons vu plusieurs fois de pareilles hémiplégiques, mais chez lesquels la constance des douleurs, la nature caractéristique des vomissements, la teinte jaune-paille et parfois la présence d'une tumeur et le dépérissement rapide ne permettaient pas le moindre doute sur cette coïncidence que venait vérifier l'autopsie. Nous avons même été consulté dans plusieurs circonstances identiques; il s'agissait de sujets entre cinquante et soixante ans, chez lesquels les accidents hémiplégiques s'étaient développés subitement sans troubles digestifs notables antérieurs autres que quelques hémorrhoïdes ; les malades n'avaient pu parvenir à quitter le lit quoique pouvant remuer les membres. Les douleurs stomacales apparues un an après avaient été attribuées soit à l'iodure de potassium soit à une autre médication, les vomissements à la difficulté de la déglutition et c'est leur fréquence qui avait inspiré aux médecins l'idée d'une consultation en pensant à la possibilité de phénomènes méningitiques de voisinage dont les vomissements étaient considérés comme symptomatiques ; mais la persistance des douleurs malgré la cessation du médicament et des vomissements malgré la diète observée, l'amaigrissement rapide et général, la teinte pâle du visage, nous faisaient rechercher à l'épigastre une tumeur que ne tardaient pas à venir confirmer, au point de vue de la nature, l'intensité croissante des douleurs stomacales et les vomissements caractéristiques.

En présence de ces cas notre souvenir s'est reporté sur ces sujets atteints de cancer de l'estomac au cours desquels une hémiplégie s'était déclarée, attribuée à une nécrobiose embolique par suite de l'état inopéxique dû à la diathèse cancéreuse.

Cependant notre attention était depuis longtemps attirée sur les troubles du caractère que présentent les malades atteints du cancer de l'estomac, troubles, d'ailleurs, si bien connus que l'on peut les considérer comme classiques.

Il est certain que la tristesse, la mélancolie, l'inquiétude, le désespoir sont l'apanage des maladies de longue durée et surtout des maladies incurables et mortelles; le cancéreux de l'estomac porte donc cette empreinte et cependant, sous ce rapport du caractère, quelle différence entre un cancer de l'estomac et un cancer du testicule; dans le cancer de l'estomac prédomine une désespérance absolue, une aigreur contenue plus ou moins contre les tentatives thérapeutiques, une humeur chagrine constante ; les chagrins ont été signalés à juste titre et nous ajouterons plus spécialement les chagrins inhérents à la vie de famille comme une de causes intervenant dans la production du cancer de l'estomac, mais quand l'esprit tente une hypothèse pour relier le chagrin au cancer de l'estomac, immédiatement se présente la proposition inverse de l'action du cancer de l'estomac sur le cerveau, analogue à l'action de la dyspepsie sur l'intelligence et le caractère ; nous ne répéterons pas ici les adages ni les faits bien connus touchant les rapports du cerveau et de l'estomac soit physiologiques, soit pathologiques; cependant nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer que l'hypocondrie des dyspeptiques, la dyspepsie des neurasthéniques ou la neurasthénie cérébrale des dyspeptiques selon le point de vue d'appréciation, ne ressemble que de loin à ce caractère sombre, morose du cancéreux, réservé dans ses plaintes, mais exprimant silencieusement le découragement, le plus profond, et l'amertume de sa pensée refusant de s'arrêter à toute conception souriante de l'avenir, et même à l'idée, au contraire si favorablement acceptée par tant de dyspeptiques, de l'intervention efficace ou favorable d'une médication. Je ne connais pas de malades qui enlèvent plus facilement au médecin toute idée de tentatives de traitement que certains malheureux atteints de ce mal, tant est profond leur scepticisme ou leur désespoir.

Ce n'est donc pas dans l'état dyspeptique de l'estomac, ni dans la nature de la fonction troublée qu'il faut re-

Digitized by Google

chercher la cause de cette modification du caractère; ce n'est pas non plus dans la nature cancéreuse du mal puisque le même caractère ne se retrouve pas aussi souvent dans les autres cancers; ce n'est pas non plus dans l'intensité ni la durée de la douleur, puisque des douleurs analogues dans d'autres maladies ne produisent pas ce résultat; ce ne peut être non plus dans la chronocité, car beaucoup de chroniques n'offrent pas cette modification, sans cependant qu'il y ait toujours lieu de louer leur aménité.

Il est un autre détail touchant, le caractère qui n'a pas été décrit bien qu'il ait été observé par des maîtres; c'est un état mental particulier à certains de ces malades, se développant ou s'accentuant davantage pendant ces apparences de rémission que présente cette affection organique; en même temps que les troubles digestifs deviennent silencieux, les malades reprennent de l'appétit, des forces, de la santé; ils perdent leur abattement, leur découragement, leur désespoir, mais non leur irascibilité qui va se manifester davantage, non plus s'étendre à tous ceux qui entourent le malade, mais se fixer, se concentrer sur un ou quelques membres de la famille contre lesquels même des déterminations plus ou moins graves, parfois injustes peuvent être prises par le malade pendant son retour apparent à la santé. Mais pour comprendre ce trouble intellectuel quoique concentré dans les affections, il importe de présenter dans un tableau résumé ce qu'a été souvent le cancéreux comme caractère avant l'apparition du mal et l'élection de l'organe; ce tableau, disons-le de suite, n'a pas la prétention d'englober tous les cancéreux de l'estomac dans un schéma unique, car un certain nombre ne pourraient rentrer dans ce cadre.

En général, la vie de ces malades a été correcte au point de vue des mœurs, de la conduite, de la tempérance et des affections; plutôt un peu sobres, un peu austères, ils ont eu des habitudes régulières, aimaient le travail et la vie active; leur caractère froid, assez réservé ne se laissait aller à l'impatience qu'à l'égard des écarts de conduite ou d'affection des membres de leur famille qu'ils aimaient; je crois que c'est précisément le point faible ou douloureux de ces malades. Ou bien j'ai été dupe de mes remarques, ou bien j'ai eu souvent affaire à des malades ayant mené le même genre de vie, mais j'ai presque toujours rencontré comme source principale de chagrin non pas un revers de fortune, une déception d'ambition, la perte d'un parent, bien que ce soit d'habitude un motif apparent invoqué par la famille peu soucieuse de faire pénétrer le médecin dans des secrets encore vivants, mais bien un désaccord de sentiments survenue à l'occasion d'écarts de conduite, ou de manière de se diriger, de penser d'un membre proche de la famille ou du moins vivant ou ayant vécu en relation constante avec le malade.

Il paraît banal et puéril de s'attarder sur cette étiologie: chagrin de famille pour expliquer un pareil trouble du caractère et un pareil état de l'estomac, d'autant qu'on peut encore discuter longtemps sur ce sujet; le mode de communication entre une émotion pénible et une tunique ventriculaire altérée étant à peine étudiée, il n'en est pas moins vrai que cette émotion pénible sera retrouvée en coïncidence fréquente avec l'élection du cancer pour l'estomac, en coïncidence aussi fréquente que l'accroissement d'irascibilité et la nature en quelque sorte persécutrice du même malade qui, lorsqu'il paraît aller mieux, voit s'accroître en lui une antipathie mal contenue contre le membre de la famille auquel il fut autrefois si dévoué et dont il va vouloir maintenant réformer bon gré mal gré les idées, les tendances, les habitudes, la conduite. S'il n'y parvient pas, les dimensions et désaccords ne feront que se multiplier, et les fonctions gastriques se troubleront de rechef favorisant ainsi les progrès d'un mal qui avait paru s'apaiser. Souvent le médecin conseille une absence momentanée qui retarde la marche de la maladie, mais trop souvent l'absence n'entraîne pas l'oubli et la cohorte des souvenirs douloureux continue à entretenir les émotions pénibles et leur influence si terrible sur les progrès du mal. Plus d'une fois j'ai été témoin de mesures, sinon non fondées, du moins trop sévères, prises par de tels malades sous l'influence de leurs troubles affectifs; des ruptures complètes, des oppositions obstinément soutenues à des projets de mariage, des modifications dans des legs, des donations inexplicables ont lieu parfois sous ces influences que nous considérons comme morbides.

Convient-il de voir dans de pareils faits un trouble cérébral empêchant la libre disposition des actes émanant d'une volonté modifiée par les affections qui l'inspirent, trouble cérébral causé ou entretenu par la maladie; je suis tenté de le croire mais n'ose l'affirmer.

Dans d'autres circonstances, j'ai vu le diagnostic du début du cancer de l'estomac être obscurci par la prédominance de troubles cérébraux ou nerveux. Il s'agissait de malades à vie régulière, perdant graduellement mais rapidement leur appétit, leurs forces, leur embonpoint, leurs couleurs; il s'y joignait un dégoût pour toute occupation, de l'apathie, de la faiblesse intellectuelle, un certain degré d'amnésie des noms, un manque d'entrain pour la conversation que les malades laissaient tomber à chaque instant par des réponses brèves et laconiques. Il y avait ou insomnie ou tendance fréquente au sommeil, vertigos fréquents sans nausées ni vomissements; pas d'autres troubles digestifs que l'anorexie, le dégoût pour tout aliment, une soif immodérée et de la constipation; ces malades avaient vieilli avec rapidité en l'espace de deux mois; les avis médicaux étaient partagés: anémie, vertiges nerveux, neurasthénie, sénilité précoce, ou début de ramollissement cérébral; l'examen des urines avait été négatif. Au bout de deux ou trois mois, un vomissement caractéristique, des douleurs intenses à l'estomac ou une tumeur de cette région que le malade était le premier à remarquer venaient lever les doutes en décelant un cancer de l'estomac qui, dans ces cas, a toujours présenté une marche rapide.

Inversement j'ai vu des malades qui, par leurs troubles digestifs, anorexie, hoquet, nausées, vomissements, douleurs gastriques, amaigrissement rapide, perte de forces, pâleur jaunâtre du visage faisaient supposer l'existence d'un cancer latent de l'estomac; à un moment les

Digitized by Google

troubles gastriques de l'estomac disparaissaient au point de permettre l'alimentation, mais la perte des forces et la teinte du visage persistaient ; de plus, d'autres troubles qui existaient déjà, mais avaient été relégués au second plan en raison de leur peu d'intensité et de leur explication facile par les troubles digestifs et l'état général qui en résultait, prenaient une gravité particulière ; c'étaient des douleurs vagues et erratiques dans les membres, dans le dos et les côtés, c'étaient des difficultés pour uriner, des douleurs de tête, des vertiges au moindre mouvement, des obnubilations de la vue ; la conversation, d'abord prolixe, devenait confuse, puis incohérente ; tous ces symptômes réunis et aggravés finissaient par faire redouter un ramollissement cérébral que ne tardaient pas à venir confirmer des troubles parésiques, puis paralytiques, et une terminaison assez rapide après quelques jours de coma entrecoupés de mouvements convulsifs dans les régions paralysées.

J'ai pensé, qu'il était de quelque intérêt de communiquer ces cas de diagnostic obscur, surtout en les rapprochant de ces cas de cancer de l'estomac chez des hémiplégiques, des cas nets d'hémiplégie chez les cancéreux et aussi des troubles particuliers du caractère des malades atteints du cancer stomocal et de leur mode d'irascibilité dans les apparences de rémission de quelques uns d'entre eux.

Les rapports entre l'arthritisme et l'aliénation mentale tendent de plus en plus à être admis quelle que soit l'interprétation de ces rapports ; il en est de même des rapports de l'arthritisme et du cancer ; une thèse récente, due à M. Isch-Wall, interne de MM. Verneuil et Bourneville, tend à établir sur de nombreuses observations et non sans une certaine éloquence, les rapports entre l'arthritisme, le cancer et l'aliénation mentale.

J'ai pensé qu'il y avait dans l'étude de ces questions tout un ordre nouveau de recherches, sans m'en dissimuler les difficultés et c'est à ce titre que je vous prie de vouloir bien m'excuser de vous avoir présenté quelques considérations sur l'état mental dans le cancer de l'estomac.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE ET DE DERMATOLOGIE

I. *Eruptions pathogénétiques.* — V. *Traitement du prurigo de Hebra.* — II. *De la curabilité de la pseudo-paralysie syphilitique.* — III. *De l'emploi du mercure dans les arthropathies blennorrhagiques.*

I. **Eruptions pathogénétiques.** — Il importe que les médecins soient exactement renseignés sur les formes éruptives que peut engendrer l'ingestion de certains médicaments habituellement employés. Ces éruptions, manquant de caractères spéciaux, il est souvent fort difficile d'en découvrir la cause. Aussi est-il nécessaire de connaître leur existence, et d'y penser en face d'un cas embarrassant ; faute de quoi on s'exposerait à laisser persister certaines dermatoses, voire même, en les laissant s'aggraver, à faire courir aux malades de graves périls.

Les faits suivants démontrent la réalité de ces prémisses.

1° On trouve dans les *Annales de dermatologie* du mois de mai 1891, une observation curieuse d'iodisme cutané, rapportée par M. le Dr Feulard.

L'éruption consistait en bulles aplaties, à contenu gélatineux, occupant l'avant-bras et le poignet gauche. En outre, l'extrémité du lobule nasal était recouverte d'une croûte noirâtre, au-dessous de laquelle la peau était exulcérée. Sur la joue droite enfin existait une sorte de furoncle anthracoïde.

D'après les faits observés, en face d'une éruption de ce genre, à la fois pustulo-bulleuse et anthracoïde, n'appartenant, de par ses caractères objectifs, à aucune dermatose déterminée, c'est à une origine pathogénétique, dont le point de départ est un iodure ou un bromure, qu'il faut songer. Ce sont surtout les commémoratifs, à leur défaut l'examen de la potion, quand il peut être fait, enfin l'analyse des urines qui mettent sur la voie du diagnostic, confirmé d'ailleurs ultérieurement par la disparition des accidents cutanés, concordant avec la suspension du médicament.

Dans le cas particulier, l'iodure de potassium devait être incriminé. L'analyse de la potion, remise par la malade, démontra, en effet, qu'elle en contenait un gramme environ par cuillerée à bouche. Le médicament avait été prescrit contre une gomme spécifique de la partie supéro-interne de la cuisse droite. Notons que la malade n'ingérait qu'une seule cuillerée à soupe par jour de la solution, c'est à dire un gramme environ d'iodure. Il semble étrange, de prime abord, qu'une quantité aussi minime puisse avoir du côté de la peau un tel retentissement. L'expérience nous a appris que les doses faibles étaient souvent moins tolérées que les fortes, probablement parce que ces dernières s'éliminent abondamment par les urines, ainsi que l'analyse le démontre.

Notons au passage un procédé fort simple et expéditif, recommandé par M. Besnier, pour découvrir dans l'urine un iodure alcalin.

Il suffit de tremper dans ce liquide un pain azyme et d'ajouter quelques gouttes d'acide nitrique. L'iode, mis en liberté, colore le pain azyme en bleu.

Dans l'observation de M. Feulard, les cicatrices, consécutives aux lésions cutanées, causées par l'iodure potassique, ont présenté une complication remarquable. Elles se sont recouvertes de végétations condylomateuses. Le même fait avait déjà été observé par M. Hallopeau, qui l'a relaté en détail dans les *Ann. de derm. de* 1888, p. 285.

2° A la séance du 11 juin 1891, de la Soc. de derm. et syphil., MM. les Drs Feulard et Cayla ont encore présenté chacun un enfant atteint de lésions cutanées, dues à l'ingestion de bromures.

Dans le cas de M. Feulard, il s'agissait d'une petite fille de 17 mois, qui, du 11 mars au 18 avril, avait pris, à cause de la coqueluche, 25 grammes environ d'une solution polybromurée.

Les accidents apparurent le 25 mars, c'est-à-dire 15 jours environ après le début du traitement.

Digitized by Google

Ils consistèrent en grosses plaques végétantes de couleur rouge brun foncé, faisant une saillie de un centimètre au moins au-dessus de la peau saine et occupant les fesses et la partie postérieure et supérieure des cuisses. Au début, cette éruption avait provoqué des démangeaisons assez vives, d'où trouble du sommeil et amaigrissement.

L'enfant présenté par M. Cayla était âgé de 4 ans. Il portait une vaste lésion papulo-croûteuse, occupant les deux tiers de la circonférence de la jambe droite à sa partie inférieure.

Cette enfant, atteint de mal comitial, avait pris dans l'espace de sept mois environ 300 grammes de bromure potassique. La lésion cutanée, qui au début ressemblait à un petit bouton de la grosseur d'une tête d'épingle, apparut au bout de quatre mois de traitement, c'est-à-dire après l'ingestion de 180 grammes de bromure environ.

M. le docteur Fournier fait remarquer à très juste raison la difficulté, en quelque sorte insurmontable, de distinguer ces éruptions d'accidents syphilitiques héréditaires. Dans l'observation de M. Feulard cette difficulté était augmentée encore du fait que le père de l'enfant était syphilitique.

On ne peut trouver, le plus souvent, la solution du problème que dans une recherche aussi approfondie que possible des commémoratifs et aussi dans l'épreuve thérapeutique. Si la médication spécifique aggrave les lésions, on doit s'arrêter net et chercher d'un autre côté.

Dans quelques cas cependant la clinique seule peut mettre sur la voie du diagnostic.

Il est ordinaire, en effet, quand la syphilis héréditaire occupe la peau, qu'elle se manifeste également du côté des muqueuses sous forme de syphilides érosives ou papulo-érosives. La petite malade, présentée par M. Feulard, avait les muqueuses absolument indemnes ; en outre, on savait qu'elle avait suivi un traitement bromuré énergique.

Le traitement prescrit a été le suivant :

Pendant les premiers jours, pansement avec le vaseline boriquée ; plus tard, lavage avec la liqueur de Labarraque coupée de trois quarts d'eau, et poudrage avec la poudre d'oxyde de zinc.

A l'intérieur, arséniate de soude à la dose de 2 milligrammes et demi par jour. On sait que l'arsenic, administré en même temps que l'iodure et le bromure, prévient ou, au moins, atténue les accidents cutanés de ces deux médicaments.

Dans le cas particulier, il se montra d'une efficacité remarquable. Il va de soi que s'il survenait de la diarrhée, la dose d'arsenic devait être diminuée.

3° M. le Dr Morel-Lavallée, enfin, a rapporté, le 4 avril dernier, à la deuxième session de la Soc. française de dermat, un cas d'érythème salolé intense, suivi d'accidents graves du côté des voies aériennes supérieures.

Voici le fait en peu de mots :

Une malade était atteinte du côté de la peau de manifestations syphilitiques graves et précoces. Le traitement spécifique avait déjà provoqué chez elle plusieurs poussées hydrargyriques, dont une avait été particulièrement violente. Sur ces entrefaites, elle consulta, à propos d'une surdité récente, un spécialiste qui lui conseilla d'abord de tarir avec de la poudre de salol le suintement, entretenu dans le méat auditif par des syphilides érosives.

Deux jours après, céphalalgie intense, vomissements, fièvre, douleur de gorge. C'est alors que le Dr Morel constata une tuméfaction du pavillon auriculaire, qui ne tarda pas à se recouvrir d'une nuée de vésicules, reposant sur un érythème rouge violacé turgescent. Presque en même temps survenait une dyspnée telle que, pendant douze heures, la trachéotomie fut imminente. En examinant la gorge, on constatait une angine œdémateuse énorme, occupant la totalité de l'isthme du gosier.

Des pulvérisations et des lavages émollients dans la cavité buccale et l'oreille éloignèrent l'angine en 48 heures et firent disparaître du même coup la céphalalgie, la fièvre et la suffocation.

Il est probable que ces accidents si graves doivent être attribués au dédoublement dans l'oreille du salol en ses deux composants fortement toxiques : acides salicylique et phénique.

Chose curieuse : le salol qui peut être donné à l'intérieur à doses élevées, sans crainte de dédoublement, est au contraire facilement décomposé en applications externes. Dans le cas particulier, cette action s'est produite probablement en présence du sebum et de la suppuration auriculaire.

Ce fait prouve une fois de plus qu'il faut toujours tâter la susceptibilité médicamenteuse des sujets, surtout quand il s'agit d'agents nouveaux, qui n'ont pas encore reçu la sanction d'une expérience suffisamment prolongée. Du reste, chez la malade de M. Morel-Lavallée, l'éveil avait été déjà donné par la façon dont elle réagissait aux préparations mercurielles.

Rappelons, en effet, que M. Besnier a récemment insisté sur la prédisposition désespérante de certains sujets à réaliser des érythèmes pathogénétiques, quel que soit le médicament administré.

En terminant cette revue je tiens à résumer très brièvement quelques travaux qui intéressent la thérapeutique pure et dont, par conséquent, l'utilité pratique est considérable.

II. **Traitement du prurigo de Hebra.** — S'il est une dermatose pénible, douloureuse même, par les démangeaisons continues et insupportables qu'elle provoque, c'est bien ce prurigo spécial, appelé aujourd'hui prurigo de Hebra et que l'on dénommait, il y a vingt ans, à l'hôpital Saint-Louis, lichen agrius, nom que lui conserve encore M. le Dr E. Vidal, le considérant comme une espèce particulière de lichen.

Quoiqu'il en soit, à partir du jour où cette maladie se démasque, et elle débute le plus souvent dans les premières années de la vie, sa durée remplit l'existence entière avec des rémissions plus ou moins marquées, plus ou moins longues. Mais il n'existe aucune médication interne ou externe qui puisse en empêcher avec

Digitized by Google

certitude les reprises. On ne peut donc espérer que soulager le malade, lui rendre la vie supportable.

Or, M. le Dr Tenneson, à la deuxième session annuelle de la Soc. dermat. (avril 1891), a indiqué un excellent moyen de faire disparaître, pour un temps indéfini, le symptôme angoissant par excellence de la maladie, c'est-à-dire la démangeaison. Ce moyen consiste dans l'occlusion hermétique de la peau. Il est probable que le résultat acquis est dû à la suppression des réflexes cutanés. C'est le mécanisme qu'a invoqué M. le Dr Jacquet, en démontrant, dans les *Ann. de derm.* (sept. 1888), que dans les cas d'urticaire aiguë, l'enveloppement ouaté faisait disparaître du même coup les élevures et le prurit.

Ce qu'il y a de certain, c'est que cette méthode, appliquée par M. le Dr Tenneson au prurigo de Hebra, produit de merveilleux effets. Exemple: un homme qui, depuis plus de trente ans, passait la moitié de ses nuits à se gratter, put dormir tranquillement et se croire guéri au bout de quarante-huit heures d'occlusion.

Voici comment il faut procéder: le pansement ouaté, quand il doit être maintenu de la tête aux pieds pendant plusieurs jours, est incommode. Les toiles imperméables, celle de caoutchouc en particulier, sont bien préférables. Il importe que la toile ne soit pas flottante, mais s'applique hermétiquement sur la peau. Ce qu'il y a de meilleur, quand les malades ne reculent pas devant la dépense, c'est de se vêtir de maillots et de caleçons en tissu élastique, doublés intérieurement d'une toile imperméable. En prolongeant ainsi indéfiniment l'occlusion, on supprime par là même le prurit pour un temps indéfini. Il ne faut pas craindre les accidents que les physiologistes ont observés sur des chiens, recouverts d'un vernis imperméable. Rien de semblable n'est à redouter dans le traitement du prurigo de Hebra, et M. Tenneson affirme qu'il n'a jamais observé le moindre accident à la suite de l'occlusion en totalité des téguments par des tissus imperméables.

En guise de caoutchouc, on peut aussi se servir de colles. Celles-ci donnent de bons résultats. Mais il faut en répéter souvent l'application, parce qu'elles fondent à la chaleur du lit et adhèrent à la chemise et aux draps. On remédie, il est vrai, en partie à cet inconvénient en saupoudrant la couche de colle de poudre d'amidon. Mais ce moyen, qui peut être appliqué à l'hôpital, n'est pas pratique, quand il s'agit de malades de la ville.

Remarquons, en terminant, qu'après la cessation de l'occlusion cutanée, l'effet thérapeutique persiste quelque temps encore, parfois quelques jours seulement, le plus souvent plusieurs semaines, voire même plusieurs mois. Mais si l'on veut que le prurit disparaisse pour toujours, il ne faut pas oublier que l'occlusion doit être indéfinie.

III. **De la curabilité de la pseudo-paralysie syphilitique**, ou *Maladie de Parrot*. — M. le Dr Comby, à la séance du 27 février 1891 de la Soc. méd. des hôpit., a cité un cas remarquable de guérison de cette lésion spéciale, due à la syphilis et décrite pour la première fois par le Dr Parrot, qui en avait observé plusieurs exemples à l'hospice des Enfants-Assistés.

Pour Parrot, cette maladie avait toujours une issue fatale. Les faits ultérieurs en ont appelé de ce pronostic désespérant et ont démontré, au contraire, que dans les cas où la lésion est reconnue à temps et où l'intoxication syphilitique n'est pas trop profonde, la guérison est la règle. Ainsi, M. Comby, à propos de sa communication, a cité 17 cas de guérison, en ajoutant qu'il y en avait probablement d'autres, dont une bibliographie étendue pourrait donner connaissance. Dans la discussion qui s'en est suivie, MM. Cadet de Gassicourt et Sevestre ont appuyé son dire. M. Cadet a rapporté même un fait de guérison spontanée chez un enfant examiné par lui et que les parents s'étaient refusés à traiter. La différence de pronostic, porté par Parrot, tenait probablement au mauvais terrain nosocomial, sur lequel il observait et, en outre, à la gravité des cas de syphilis qu'il avait à traiter. Il n'a parlé, en effet, que de sujets atteints de manifestations spécifiques multiples. Le pronostic est tout autre quand il s'agit d'enfants placés dans des conditions hygiéniques satisfaisantes, et quand la pseudo-paralysie est l'unique accident spécifique, abstraction faite de toute lésion viscérale.

Ce qui importe, c'est que le diagnostic soit posé de bonne heure. Il n'est donc pas inutile de signaler les états morbides, qui peuvent prêter à confusion et surtout d'en indiquer les caractères différentiels. Nous ne parlerons pas des cas dans lesquels les enfants atteints sont couverts de manifestations spécifiques, le diagnostic s'impose, en quelque sorte, et il n'y a pas lieu d'insister. Nous supposerons la pseudo-paralysie existant isolément et pouvant, de ce fait, être méconnue au point de vue causal.

Il faut savoir d'abord que la maladie de Parrot consiste dans l'impuissance motrice d'un ou de deux membres, survenant spontanément et presque toujours dans les trois premiers mois de l'existence. Cette paralysie s'établit sans fièvre ni convulsions, et elle ne s'accompagne pas de troubles trophiques. La face, enfin, n'est pas intéressée.

On ne saurait donc la confondre avec une paralysie cérébrale ou médullaire, toujours précédée de symptômes, fébriles ou non, du côté des centres nerveux.

La paralysie infantile ne survient jamais à un âge aussi tendre. En outre, à son début, il y a fièvre et convulsions.

D'abord générale et très étendue, cette paralysie se localise ensuite à un petit nombre d'articulations et s'accompagne de troubles trophiques.

Enfin, dans la maladie de Parrot, il suffit d'explorer le membre ou les membres atteints pour découvrir une hypérostose des extrémités de l'os qui en forme la charpente ou encore un décollement épiphysaire, décelé par la crépitation osseuse que l'on obtient en imprimant des mouvements à l'os.

Mais alors on pourrait penser à une contusion osseuse, à une fracture ou à une ostéite traumatique. Les commémoratifs servent à lever les doutes.

Digitized by Google

Reste l'ostéomyélite avec décollement des épiphyses, qui s'annonce par une crépitation osseuse.

D'abord, cette dernière est exceptionnelle dans les premiers mois de la vie. En outre, ses allures sont bruyantes. Elle est accompagnée d'une fièvre intense. Localement, on constate un gonflement avec rougeur des parties molles, et une fluctuation profonde, due à des abcès sous-périostiques. Il y a loin de là au développement apyrétique et aux allures calmes de la pseudo-paralysie spécifique.

Le diagnostic posé, il importe d'agir promptement. Le meilleur moyen est, sans contredit, l'onguent napolitain en friction quotidienne. Dans les premiers mois de la vie, la dose doit être d'un gramme environ. Les nouveau-nés, dépourvus de dents, supportent bien mieux ce traitement que les adultes. Si, pour une raison ou une autre, les frictions étaient impossibles, il faudrait recourir à la liqueur de van Swieten que l'on prescrirait à la dose de 1 à 3 grammes par jour dans du lait, suivant l'âge de l'enfant.

De un à six mois, la dose d'un gramme suffira et les vingt gouttes qui la représentent seront versées dans une tasse de lait que l'enfant avalera en quatre fois dans la journée.

L'iodure de potassium, vingt centigrammes environ par jour dans les premiers mois de l'existence, sera associé avec avantage aux frictions ou à la liqueur de van Swieten.

C'est par ce traitement mixte que M. Fournier arriva à guérir promptement une petite fille de 19 jours, atteinte de pseudo-paralysie spécifique des quatre membres. Dans les deux cas de M. le Dr Comby, la durée de la cure fut pour le premier de 15 jours, et pour le second de 9 jours seulement.

L'action du sirop de Gibert est moins rapide et moins sûre. C'est un médicament à utiliser, surtout après la guérison de la pseudo-paralysie. Car il ne faut pas oublier que le traitement de la syphilis héréditaire doit être continué pendant fort longtemps, si l'on veut éviter les récidives.

VI. **De l'emploi du mercure dans les arthropathies blennorrhagiques.** — A en juger par deux observations de M. le Dr Morel-Lavallée, ce traitement est héroïque, quand il s'agit d'arthrites blennorrhagiques, développées sur un terrain syphilitique.

Chez son premier malade il existait des arthropathies à tendance plastique avec des exostoses diaphysaires. Ces lésions s'étaient notablement améliorées par la médication usuelle et la cure d'Aix en Savoie.

Mais elles ne purent guérir qu'un an après, à la suite d'un traitement mercuriel, institué méthodiquement.

Le second malade avait une polyarthrite déformante, progressive, avec atrophie musculaire et déformation des mains et des pieds, simulant le rhumatisme noueux. Toutes ces lésions, qui avaient résisté au traitement classique, rétrocédèrent en six semaines, même l'atrophie musculaire, par l'administration quotidienne de dix centigrammes de protoiodure d'hydrargyre. L'année précédente, à l'occasion d'une crise blenno-rhumatismale, la cure n'avait été obtenue qu'au bout de six à huit mois du traitement classique (repos, révulsifs, électricité, bains).

Depuis cinq ans d'ailleurs, M. le Dr Jullien a recours aux injections sous-cutanées de solution de sublimé contre ces mêmes arthrites, en dehors même de toute hypothèse syphilitique, et il n'a jamais eu qu'à se louer des résultats obtenus.

Il faut se garder toutefois de négliger le traitement local et la médication mercurielle, appliquée *loco-dolenti*, paraît avoir d'incontestables avantages. Aussi M. Besnier, à l'imitation de M. J. Lucas-Championnière, recommande, pour l'avoir expérimenté avec succès, de couvrir l'articulation malade d'un très grand nombre de pointes de feu et d'appliquer, immédiatement après, très largement sur la surface entière, un emplâtre de Vigo et un pansement ouaté, maintenu par un appareil de Scultet, sans attelles.

Dr Alex. Renault.
Médecin de l'hôpital Pascal-Lourcine.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Les traitements de la menstruation difficile et douloureuse

Qu'ils soient curatifs ou prophylactiques, les traitements varient suivant les causes de la dysménorrhée.

I. — Ces causes sont souvent dyscrasiques : la chlorose, le lymphatisme et la scrofule, la pléthore.

1° On calme les tranchées utérines des chlorotiques, des lymphatiques ou scrofuleuses dysménorrhéiques non plus par les lavements laudanisés ou par la potion au chloroforme, mais par les gouttes de teinture de piscidia erythrina (20 à la fois, toutes les deux ou trois heures, jusqu'à 60), et l'on développe à son maximum le molimen menstruel en exposant les parties génitales à des vapeurs de décoction de menthe, et en faisant boire, dans l'intervalle des doses de piscidia, l'infusion de sommités fleuries d'armoise (5 grammes par litre) ou de pistils de safran (une pincée pour une tasse à thé), ou prendre deux à trois capsules d'apiol à 0 gr. 25. Les tranchées cessent et l'excrétion, un instant interrompue par le spasme des fibres musculaires utéro ovariennes, reparaît sans douleur.

Pour secouer l'atonie de l'utérus et des ovaires et empêcher le retour des manifestations douloureuses, on emploiera pendant plusieurs mois avec persévérance, en dehors des époques, les bains de siège froids et à eau courante ou dormante, les douches sur les reins; on continuera les infusions d'armoise ou de safran. Lallemand (de Montpellier) allait jusqu'à conseiller, pendant les trois ou quatre jours qui précèdent les règles, les pilules aloétiques de poudre de rue (aloès et rue, de chaque 0 gr. 10). Aux chlorotiques nous recommandons, outre le régime, soit les pilules bénites de Fuller (2 à 4 par jour) où le sulfate ferreux est en compagnie du safran, de l'armoise, de la myrrhe, du galbanum, du macis, de l'huile de succin, de l'asa fœtida, de l'aloès et du sénné

Digitized by Google

— soit l'acétate de fer sous forme de cet esprit de Mindererus ferré, vieille préparation trop oubliée qui a nom éther acétique martial de Klaproth (2 à 8 grammes avant les repas); aux lymphatiques ou scrofuleuses la teinture d'iode, le proto-iodure de fer, l'huile de foie de morue, les pilules de Luton à l'acéto-phosphate de cuivre.

2° Saigne-t-on encore, pour « pacifier l'orgasme douloureux » de l'utérus, ces femmes sanguines, pléthoriques, qui ont des règles difficiles parce que, d'après Trousseau, la plasticité de leur sang empêche sa transsudation? Nous préférons les inviter à s'asseoir, pendant une ou deux heures, dès le début du molimen, dans un bain que l'on réchauffe constamment, et, nous rappelant tout le bruit qu'on a fait jadis autour de l'acétate d'ammoniaque en qui les uns ont vu un fluidifiant capable de faciliter l'excrétion, les autres un antispasmodique avec « action élective sur le spasme utérin », et sachant d'autre part que le tempérament sanguin n'exclut pas chez la femme la nervosité, nous associons l'acétate d'ammoniaque à la piscidia :

Acétate d'ammoniaque liquide....	30 grammes.
Teinture de piscidia erythrina.... }	ãã 8 gram.
Teinture de valériane..... }	

Une à trois cuillers à café chacune dans un verre d'eau sucrée à prendre par cuillerée à soupe de quart d'heure en quart d'heure d'abord, puis toutes les demi-heures.

Ici l'on doit répudier absolument l'apiol qui exaspère les douleurs.

Dans l'intervalle des époques, un ou deux bains alcalins et des prises (2 à 8 grammes par jour) de chlorhydrate d'ammoniaque ou de borate de soude.

II. — Les neurasthéniques, les hystériques, les basedowiennes sont fréquemment affligées de dysménorrhée contre laquelle on a dirigé le « fatras » des remèdes dits antispasmodiques. N'a-t-on pas célébré tour à tour les louanges de l'éther, de la valériane, des gommes fétides, du camphre? Le viburnum prunifolium — un nouveau venu, celui-là, que M. Huchard a naturalisé parmi nous et appliqué le premier en France au traitement de la dysménorrhée — appartient aussi à la classe des médicaments antispasmodiques, mais il ne se borne pas qu'à modérer le pouvoir excito-moteur de la moelle, il calme il arrête les contractions douloureuses de la matrice, comme l'ergot les provoque. Avant de connaître le viburnum, je me servais des teintures de succin et de castoréum (2 à 5 grammes de chaque). Aujourd'hui je formule :

Teinture de piscidia erythrina..... }	ãã 10 gram.
Teinture de viburnum prunifolium.... }	
Teinture de succin ou de castoréum.. }	

XXX goutes toutes les heures jusqu'à sédation.

Entre les époques hydrothérapie, lotions froides le matin à l'éponge ruisselante, bains de siège d'eau courante tous les trois ou quatre jours en été, jamais de bromures!

Si la douleur ne cède point, chez les chlorotiques par la teinture de piscidia, chez les névrosiques par le mélange piscidia, viburnum et succin, c'est qu'elle est due non au spasme utéro-ovarien, mais à une névralgie exactement limitée au col de l'utérus, névralgie qu'on met bien vite en évidence chez les femmes déflorées en heurtant le museau de tanche avec le bout de l'index. Il suffit pour la faire cesser de barbouiller le col avec de la pommade belladonée opiacée; d'autres le frictionnent avec un pinceau de charpie chargé de chloroforme gélatineux (parties égales de chloroforme et de blancs d'œufs). Chez les vierges, nous nous contentons du lavement laudanisé ou d'une injection de morphine à l'hypogastre, de morphine, dis-je, et non d'antipyrine, celle-ci ayant amené le collapsus dans quelques cas où on l'avait administrée contre les douleurs menstruelles.

III. — Je range dans un troisième groupe les dysménorrhées de cause organique, liées au rétrécissement de l'un ou de l'autre des orifices du col ou de la cavité utérine à la suite de métrite, de tumeurs intra-cavitaires, de déviations, de flexions, ou liées à l'ovarite, à la salpingite. Comment, dans ces cas-là, tempérer les douleurs de la matrice qui s'escrime contre l'obstacle en efforts pénibles de contraction pour chasser le sang menstruel en dehors des voies génitales? Comment tempérer celles des trompes qui ne sont pas les moins cruelles? Depuis que les Américains et notre collègue de la Société de médecine pratique (séance du 11 mars 1889), M. Bovet, ont démontré l'électivité d'action analgésique de l'anémone pulsatille sur l'appareil utéro-ovarien, j'ai adopté la formule suivante :

Acétate d'ammoniaque liquide.....	30 gr.
Teinture de piscidia erythrina..... }	ãã 10 gr.
Teinture de viburnum prunifolium. .... }	
Alcoolature d'anémone pulsatille (préparée avec parties égales de plante fraiche et d'alcool à 90°)..... }	

Deux à six cuillerées à café, chacune dans un quart de verre d'eau sucrée.

Je n'ai pas encore expérimenté le glucoside de l'anémone ou anémonine (0 gr. 05 à 0 gr. 10, en paquets de 0 gr. 01 dans du sucre).

Si la mixture ci-dessus est sans effet, il faudra recourir, pendant les paroxysmes, aux inhalations de chloroforme.

Entre les époques on mettra à contribution contre les lésions les ressources de la chirurgie. Le médecin, de son côté, cherchera à réduire à son minimum l'hypercongestion de l'utérus entretenue et aggravée par chaque molimen, en apposant de temps à autre, à l'exemple d'Aran et de Siredey, contrairement à Courty, une à trois sangsues au bas-ventre, aux aînes, aux cuisses, — en détournant par un purgatif salin la congestion sur l'intestin, ou sur les extrémités inférieures par des pédiluves sinapisés, ou sur tout le corps par de grands bains chauds sulfureux ou alcalins, — et en faisant prendre alternativement du chlorhydrate d'ammoniaque que vante Guépin comme résolutif utérin et des pilules de poudre et d'extrait de ciguë.

Quelle que soit la cause derrière laquelle s'abrite la dysménorrhée, celle-ci s'accompagne parfois pendant quelques heures ou même quelques jours d'une ménor-

Digitized by Google

ragie inquiétante persistant, dans de rares circonstances, jusqu'à l'expulsion d'une membrane rougeâtre et tomenteuse qui n'est autre chose que la muqueuse utérine hypertrophiée (dysménorrhée pseudo-membraneuse ou exfoliatrice). Aux médicaments qui enraient la douleur ou détendent l'utérus contracté, nous devons ajouter ceux qui passent pour diminuer l'abondance des hémorragies utérines : tels la cannelle, le chanvre indien, l'aconit, l'hydrastis canadensis. Voici la formule, aussi prompte dans son action que complexe, dont nous nous servons :

Teinture de cannelle	25 gr.
Teinture de piscidia erythrina	12 gr.
Alcoolature d'anémone pulsatille	25 gr.
Teinture de chanvre indien	3 gr.
Alcoolature de racines d'aconit des Vosges	5 gr.
Teinture de viburnum prunifolium Extrait fluide d'hydrastis canadensis	aà 10 gr.

Quatre à dix cuillers à café par jour.

La teinture de gaïac ammoniacale (1 à 4 gr.) et la teinture alcoolique de capsicum annuum (10 à 30 gouttes) auraient aussi fort bien réussi à Dewees (de Philadelphie) dans la dysménorrhée membraneuse. Rien ne s'opposerait à ce que, dans ce cas spécial, on les incorporât encore à la formule précédente.

Par ces différents remèdes, toujours très bien supportés, n'ayant point, comme l'opium, la fâcheuse propriété de pousser au sommeil, de constiper les malades ou de leur enlever l'appétit, nous avons calmé ou singulièrement soulagé les douleurs de la dysménorrhée. Les jeunes filles, les jeunes femmes que nous avons soumises à ces traitements (je parle surtout des dyscrasiques et des névrosiques) ont pu les quitter, dans plus de la moitié des cas, après un an ou un an et demi, les ovaires, les trompes, l'utérus ayant fini par perdre l'habitude de s'endolorir à chaque époque menstruelle.

Dr Ch. Liégeois,
(*de Bainville-aux-Saules*).

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

MÉDECINE

L'origine microbienne de la chorée, par M. Pianesi. — Les recherches ont été faites au point de vue expérimental et au moyen de bacilles trouvés dans la moëlle cervicale d'un choréique et cultivés sur la gelatine à la température de 20 et 38 degrés centigrades (*Riforma medica*, 14 juillet 1891).

Les cultures ont été inoculées sans succès sous la peau, dans le péritoine et dans les veines des lapins, des cobayes et des chiens. Les résultats ont été plus heureux par l'inoculation dans la dure-mère, la moëlle, le cordon du nerf sciatique du chien et du lapin, dans la chambre antérieure de l'œil du lapin ou sous la muqueuse nasale du cobaye. Les phénomènes, ainsi provoqués, consistaient d'abord en tremblements musculaires, parfois généralisés et parfois localisés à quelques groupes de muscles, en particulier à ceux de l'épaule et de la région fessière ; et dans une excitabilité extrême de l'animal, puis, après quelques jours, en contractures avec impuissance partielle des membres. Alors, l'animal succombait vers le quatrième jour.

Des chiens et des lapins, qui survécurent, présentèrent des phénomènes pendant vingt ou trente jours ; chez ceux qui moururent, on trouva dans les centres nerveux, des bacilles que l'on put cultiver et qui étaient identiques à ceux des cultures ayant servi aux inoculations. N. D.

Les causes de la neurasthénie, par M. Lockwood. — Assez banales et fort nombreuses, d'après l'auteur, on peut les résumer ainsi (*N.-York, Med. Journal*, 26 juillet 1891).

1° Hérédité : différence trop grande d'âge des parents entre eux, mariages ou relations consanguines ; alcoolisme, goutte, phtisie, maladies consomptives et empoisonnement malarique des parents ;

2° Travail intellectuel excessif des enfants : développement mental disproportionné avec le développement physique, écoles défectueuses au point de vue de l'hygiène ; administration de l'opium aux enfants ;

3° Excès vénériens, irrégularités dans le régime alimentaire.

4° Comme causes efficientes : l'anémie, la lithémie, l'oxalurie, les maladies de l'utérus et des ovaires, de la prostate ; en un mot, tout ce qui provoque le ralentissement de la nutrition. On comprend, après cela, quelle doit être la prophylaxie de la neurasthénie et l'hygiène du neurasthénique. S. N.

OTOLOGIE

Diagnostic et pronostic des suppurations de l'oreille moyenne, par M. Moos. — L'auteur rapporte trois observations : La première est relative à un diabétique qui avait un catarrhe purulent de l'oreille moyenne avec lésion de l'apophyse mastoïde et présence dans le pus de streptocoques et de diplocoques, en particulier du diplocoque de Frankel-Weichselbaum. Les deux autres sont relatives à des mastoïdites où ces microbes existaient. Enfin, mêmes muco-organismes dans le tissu d'un cholesteatome avec polype de l'oreille moyenne (*Monatschrift f. Ohrenheilh*, mai 1891).

L'auteur en conclut que dans l'otite moyenne aiguë, consécutive au catarrhe nasal, et aux maladies des voies aériennes, le rôle pathogène du pneumocoque de Friedlander et du diplocoque de Frankel est considérable et que l'importance pronostique du streptocoque pyogène est considérable, quand on le constate dans le pus de l'otite moyenne. K. D.

THÉRAPEUTIQUE

Du traitement de la syphilis par les injections hypodermiques de sublimé à hautes doses par M. Zéléneff. — Le mélange dont l'auteur a fait usage est celui du sublimé avec la vaseline et est titré à 22 pour cent de sel mercuriel. Soixante-trois syphilitiques furent ainsi traités et reçurent au total 915 injections (*Meditz. Obozrenie*, 1891, p. 3.).

La réaction locale ressemblait à celles que le salicylate de mercure produit. Une fois la douleur fut très vive et il y eut une élevation de température ; huit fois on constata des infiltrations. Pendant le traitement le poids des malades augmenta 39 fois et diminua 35 fois. Dix fois, il y eut de la stomatite et de la diarrhée.

Autre fait intéressant. En comparant ces résultats avec ceux des solutions mercurielles, de sublimé, de succinnaminate et de benzoate de mercure, on voit que la perte de poids est plus considérable après l'emploi de celle-ci que par l'usage des émulsions.

Parmi les phénomènes toxiques, M. Zeleneff a noté la gingivite, la salivation, la stomatite ulcéreuse, des douleurs abdominales et de la diarrhée, mais ces phénomènes ont été relativement rares.

L'élimination du mercure par les urines commence vers la douzième heure après l'injection et continue pendant un, deux ou trois jours.

Digitized by Google

En résumé la méthode des injections par le sublimé en suspension est une médication énergique de la syphilis. Son principal inconvénient, quand il se manifeste, est l'irritation du tube gastro-intestinal.

N. R.

Traitement de la syphilis par les injections mercurielles par M. A. Brousse. — Cette méthode comprend deux procédés bien distincts : 1° injections de sels solubles; 2° injections de sels insolubles.

La préférence a été depuis longtemps donnée aux sels solubles [sublimé (Lewin) pepto-mercure (Martineau)].

L'injection de ces sels est très douloureuse. (*Gaz. hebd. des sciences méd. de Montpellier*, 26 juillet 1891).

L'auteur, à son tour, a employé le benzoate de mercure chez un certain nombre de malades de son service en faisant une injection de 1 centigramme par jour et n'a eu qu'à s'en louer. Il se servait de la formule de Stoukowenoff :

Benzoate de mercure... 0 gr. 30
Chlorure de sodium.... 0 gr. 10
Eau distillée..... 40 gr.

Pour rendre l'injection insensible on peut ajouter :

Chlorhydrate de cocaïne. 0 gr. 15.

Mais le sel de cocaïne précipitant à la longue le mercure, la solution devra être renouvelée tous les dix jours.

On n'a, par ce traitement, ni abcès, ni induration, ni douleur vive ; jamais de stomatite. Ses effets thérapeutiques sont rapides : vingt-cinq injections en moyenne suffisent pour faire disparaître les accidents secondaires. Ces injections se pratiquent dans la région dorso-lombaire. Elles sont indiquées.

1° Quand il faut agir vite ;

2° Quand le mauvais état des dents ou des voies digestives ne permet pas d'avoir recours aux autres méthodes ;

3° Chez les malades hospitalisés, elles paraissent constituer la méthode de choix quand on ne peut user des sels insolubles, ni du traitement par ingestion.

Mais ces injections, qui nécessitent quotidiennement la présence du médecin, ne sont guère applicables dans la clientèle. De plus, le malade se démercurialisant assez vite, on doit continuer le traitement par les pilules.

P. C.

De l'influence des amers et des substances aromatiques sur la secrétion et la digestion gastriques, par M. Marcone.

L'opinion n'est point établie sur le rôle de ces substances dans la digestion. Pour les uns, les amers stimulent la sécrétion stomacale. D'autres le nient. D'autres, enfin, admettent qu'ils exercent une action tonique sur les parois musculaires et irritante sur les glandes. M. Marcone a voulu se rendre compte de cette action par l'expérimentation, en mélangeant ces substances à des aliments, en les ingérant dans l'estomac vide en constatant la durée du travail digestif et en mesurant la sécrétion gastrique. (*Riforma medica*, 8 juin 1891).

Il a constaté une augmentation quantitative du suc gastrique qui conservait son pouvoir digestif. Puis sectionnant le pneumogastrique cervical, il a vu dans ces conditions nouvelles, que la sécrétion et l'acidité du suc gastique n'étaient plus modifiées par l'introduction des amers dans l'estomac Il en conclut donc que les actions physiologiques de ces substances s'exercent par voie reflexe, la stimulation du pneumogastrique, provoquant l'hypersécrétion et de plus, l'augmentation des mouvements péristaltiques.

N. D.

Action de quelques nouveaux hypnotiques sur la digestion, par M. J. Gordon. — L'auteur ayant remarqué des troubles gastriques : flatulence, vomissements, diarrhée, après l'administration du chloralamide, de la paraldehyde, de l'uréthane et du sulfonal, a recherché quels étaient les effets de ces médicaments sur la digestion. (*The British méd. Journ.* 18 juillet 1891).

Il est arrivé aux résultats suivants :

Chloralamide. — 1° Les hautes doses retardent la digestion de la fibrine en raison de la quantité qui est administrée;

2° Les petites doses, 0,02 centigr. par exemple, n'ont pas d'action marquée. Elles n'accélèrent ni ne retardent la digestion de la fibrine ;

3° La putréfaction n'est retardée ni par les grandes, ni par les petites doses.

Paraldéhyde. — 1° Les fortes doses accélèrent considérablement la digestion de la fibrine et, cela, en raison de la quantité administrée;

2° Les petites doses accélèrent aussi, mais à un moindre degré, la digestion de la fibrine ;

3° La putréfaction est retardée par les petites doses de paraldéhyde.

Uréthane. — 1° Les solutions fortes, c'est-à-dire : de 0,175 milligr. à 0,50 centigr. retardent la digestion en raison de la force de la solution ;

2° Les solutions faibles, c'est-à-dire de 1 à 3 milligrammes, ne retardent ni n'accélèrent la digestion ;

3° La décomposition n'est pas retardée par les solutions fortes ou faibles.

Sulfonal. — Les solutions fortes, saturées ou presque saturées, retardent considérablement la digestion en raison du degré de saturation.

Les solutions fortes ou faibles n'ont pas d'effet sur la putréfaction.

P. C.

Traitement de la rhinite atrophique par l'ichthyol, par M. D. Philipps. — Ce traitement à donné des succès dans vingt-sept cas observés par l'auteur. Dès la seconde application, l'amélioration était manifeste, la fétidité de l'odorat disparaissait et, dans l'espace de huit à dix jours, il ne se formait plus de croûtes. (*New. York Méd. Record*, 16 mai 1891).

L'ichthyol était employé en solution à cinq pour cent dans la kéroline. On irriguait les fosses nasales avec une solution alcaline et on les asséchait avec un tampon d'ouate ; puis on pratique alors l'attouchement de la muqueuse au moyen d'un autre tampon d'ouate imbibé de la solution médicamenteuse.

Le malade devait de temps en temps pulvériser dans les fosses nasales avec une solution alcaline, et immédiatement après, avec une solution aqueuse à cinq pour cent de kéroline-ichthyol. On dissimule l'odeur de ce médicament par l'addition de l'eucalyptol ou du menthol. Chaque pulvérisation serait suivie d'une sérétion de mucus séreux pendant une demi-heure.

S. N.

TOXICOLOGIE

L'ictère de l'intoxication phéniquée, par M. Landau. — Quelques jours après l'application sur une plaie du pouce d'un pansement avec l'eau phéniquée à trois pour cent, un blessé est atteint d'ictère intense des conjonctives, de la peau avec urines colorées, selles blanchâtres, plaques ortiées, et démangeaisons sur les diverses régions du corps. (*Deut. Méd. Woch.*, 1891, p. 503).

Ces phénomènes, qui durèrent jusqu'à la cicatrisation complète de la plaie, sont pour M. Landau, les symptômes d'un ictère phéniqué comparable à l'ictère toxique polycholique décrit naguère par Sénator. Il serait dû à l'altération des globules du sang par l'agent toxique.

N. D.

Digitized by Google

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

MÉDECINE

Traitement de la variole (1)

La base essentielle de la médication éthéro-opiacée est l'emploi simultané de l'éther et de l'opium à haute dose ; voici en quoi consiste le traitement institué dans toute sa rigueur :

Deux injections sous-cutanées d'éther sont pratiquées chaque jour : une, le matin ; une autre, le soir. On injecte chaque fois une pleine seringue de Pravaz.

Les malades prennent dans le courant de la journée, par doses fractionnées, une dose d'extrait thébaïque, qui est habituellement de vingt centigrammes pour les hommes, de quinze centigrammes pour les femmes.

A l'administration de l'éther et de l'opium, qui constituent la base fondamentale du traitement, on associe, dans la plupart des cas, l'usage du perchlorure de fer, à la dose de vingt gouttes par jour.

Ce traitement est assurément un traitement énergique et la dose élevée des médicaments employés n'a pas été sans effrayer quelques-uns des médecins qui ont été désireux d'essayer la médication éthéro-opiacée.

La dose d'opium, à laquelle je ne suis moi-même arrivé que progressivement, dépasse les doses ordinaires et sa tolérance ne peut s'expliquer que par la résistance des sujets fébricitants à l'influence de l'opium, résistance sur laquelle mon regretté maître Lasègue insistait si souvent et si légitimement.

Les piqûres d'éther demandent à être pratiquées avec précaution ; mais quelques soins faciles à prendre suffisent à les rendre sans danger ; j'admets cependant que la médication éthéro-opiacée pratiquée dans toute sa rigueur constitue un traitement trop énergique pour les malades atteints de varioles légères ou de moyenne intensité, peu fébriles ; à de tels malades, il suffira de donner une médication atténuée, d'administrer l'éther à l'intérieur, de prescrire l'opium à moins hautes doses.

J'emprunte au mémoire de M. Dreyfus Brisac quelques-unes de ses conclusions ; l'appréciation de mon collègue ne pourra être soupçonnée, comme pourrait être la mienne, de partialité paternelle. Voici ce qu'écrit mon savant collègue de l'hôpital Tenon :

« Les résultats obtenus sont très concluants, si l'on s'en tient aux cas où le traitement peut être employé dans toute sa teneur, dès le début de l'éruption jusqu'au début de la dessication. Si l'on ne peut voir dans cette médication l'antidote du poison variolique, son influence sur la marche de l'éruption est indéniable et, à ce titre, la description donnée par M. du Castel est de tout point exacte.... Les cas où l'exanthème suit sa marche habituelle, malgré le traitement, sont exceptionnels ; et je ne craindrais même pas d'affirmer que le processus éruptif est toujours plus ou moins modifié. Lorsqu'on intervient au début de l'éruption, celle-ci présente un véritable arrêt de développement. (Vient ici l'exposé détaillé des modifications présentées par l'éruption sous l'influence du traitement ; la brièveté d'un memento thérapeutique ne me permet pas de reproduire cet exposé dans son entier. — (Voir *Gaz. hebd. de médecine et de chirurgie*, août 1882). Du côté des muqueuses, l'éruption évolue *pari passu*. Les papules de la bouche, de la gorge arrêtent comme celles de la peau ; les phénomènes fonctionnels correspondants : salivation, dysphagie, sont singulièrement atténués. Le trait dominant de cette évolution, à ce point caractéristique qu'à première vue les malades traités se reconnaissent des autres, est le peu d'intensité de la suppuration. La variole, considérée au point de vue de l'éruption seule, est, pour ainsi dire, transformée en varioloïde. Aussi les accidents si graves, propres à la dernière période de la maladie, font-ils défaut. En résumé, *la médication éthéro-opiacée est un modificateur puissant de l'éruption variolique.* »

La conclusion de M. Dreyfus Brisac est, on le voit, motivée et ferme.

M. Tenneson a particulièrement insisté sur les modifications que l'éruption présente au niveau de la face : « Dans les cas les plus favorables, les boutons restent papuleux. Au sommet des papules se développe une petite pustule miliaire, qui sèche en deux ou trois jours ; la papule continue à progresser sans tuméfaction périphérique et persiste plusieurs semaines après la chûte de la fièvre ; les malades ont alors un facies tout spécial éléphantiasique, qui les préoccupe beaucoup, mais disparaît toujours. Je n'ai jamais observé cette évolution dans les varioles qui arrêtent spontanément ou, comme on dit, dans les varioloïdes. »

Je crois qu'il faut avoir vraiment envie de douter pour rejeter aujourd'hui, de parti-pris ou sans l'avoir expérimentée sérieusement, une médication reconnue d'une utilité incontestable par un si grand nombre de médecins autorisés. Je crois pouvoir dire que la médication éthéro-opiacée est encore aujourd'hui celle dont l'efficacité est la plus grande dans le traitement de la variole. Réussit-elle par suite d'une action spécifique de l'éther ou de l'opium contre le microbe de la variole, comme le voulait Pécholier ? Possède-t-elle, au contraire, comme nous sommes portés à le croire, M. Dreyfus-Brisac et moi, une action plutôt antiphlogistique que spécifique ? Calme-t-elle directement l'intensité des phénomènes inflammatoires plutôt qu'elle n'atténue la nocivité du virus ? Ceci n'a, pour le praticien, qu'une importance secondaire ; le grand fait est qu'elle diminue l'intensité des phénomènes inflammatoires et la gravité de la maladie.

Après avoir donné l'exposé des différentes méthodes de traitement employées contre la variole, qu'il me soit permis de résumer comment je comprends le traitement de cette maladie.

Un principe d'abord me paraît indiscutable ; c'est qu'à égalité d'éruption, il convient d'opposer un traitement plus énergique aux malades non vaccinés qu'aux malades autrefois vaccinés ; chez les premiers, en effet, la suppuration et ses conséquences sérieuses sont beaucoup plus à craindre que chez les seconds.

Les varioloïdes légères, caractérisées par l'éruption de quelques boutons peu nombreux, non accompagnées

(1) Suite et fin. Voir : nos 36 et 37.

Digitized by Google

de phénomènes généraux, destinées à évoluer sans ou avec très peu de suppuration, à guérir sans laisser de cicatrice, ne demandent pas de traitement réel. L'hygiène, la propreté suffiront à parfaire l'évolution d'une maladie destinée à aboutir spontanément à une guérison complète et rapide. Il y a plus à se préoccuper de défendre le public contre ces malades essentiellement contagieux et dangereux, malgré la bénignité apparente de leur affection, que de défendre ces varioleux contre leur maladie.

Dans les formes discrètes, à symptômes réactionnels peu accusés, dans lesquels la suppuration est à craindre, mais s'annonce cependant comme devant être modérée, sans danger pour l'existence, sans cicatrices importantes de la figure, on associera l'emploi des pansements antiseptiques et de la médication éthéro-opiacée atténuée, c'est-à-dire qu'on se contentera de donner l'éther et l'opium par la voie stomacale. L'éther sera toujours donné à hautes doses; il sera bon de proportionner les doses d'opium à l'intensité de l'éruption, à la gravité des accidents généraux, à la résistance des sujets; il faut de la prudence sans tomber cependant dans la timidité; je crois qu'en donnant le médicament par doses fractionnées et en surveillant le malade, il n'y a pas à craindre de dépasser le but, et qu'on peut, même dans les formes légères, donner sans hésitation jusqu'à dix centigrammes d'extrait thébaïque par jour. Les sujets non vaccinés seront mis facilement aux injections d'éther pour atténuer autant que possible la formation des cicatrices difformes que la suppuration entraîne presque constamment chez de tels malades, même à la suite d'éruptions discrètes; on pourra, tout en employant l'éther sous forme d'njections, ne pas prescrire les doses d'opium les plus élevées chez les malades modérément fébricitants.

Les formules de la médication éthéro-opiacée atténuée peuvent varier à l'infini:

Lors de mes premiers essais à l'hôpital Saint-Antoine, mon interne, M. Malmarie, avait préparé un sirop d'éther opiacé ainsi composé:

Sirop de sucre à 35°.....	1000 grammes
Ether à 65° pur.....	20 —
Alcool à 90°.....	50 —
Extrait d'opium.....	1 gr. 40 centigr.
Essence de menthe.....	II gouttes.

Chaque cuillerée à bouche de ce sirop renfermait quarante centigrammes d'éther et 0,35 milligrammes d'extrait thébaïque. Les malades en prenaient jusqu'à six cuillérées par jour. Mais tous les estomacs ne supportaient pas bien ce sirop et il provoquait quelquefois un vomissement immédiat; l'éther s'évaporait facilement et le médicament perdait vite de son activité.

M. le Dr Pécholier formulait ainsi le traitement:

Extrait gommeux d'opium..	0 gr. 20 centigr.
Ether sulfurique.....	XL gouttes.
Potion gommeuse.....	150 gr.

M. le Dr Mossé prescrit, suivant l'intensité des cas:

Sirop d'opium.....	20 grammes
Ether.....	2 —
Eau.....	120 —

Ou:

Eau de tilleul.....	120 gr.
Sirop de fleurs d'oranger..	30 gr.
Ether sulfurique.....	8 gr.
Extrait thébaïque.....	0 gr. 12 centigr.
Teinture de quinquina.....	8 gr.

A prendre dans les vingt-quatre heures.

Thraill n'a guère dépassé des doses quotidiennes d'extrait thébaïque de sept centigrammes; Bonamy (de Nantes) s'est tenu au-dessous de cinq centigrammes; une expérience répétée m'a montré que, dans les cas graves, il y avait avantage marqué pour les malades à dépasser ces doses et que la tolérance du médicament était complète.

Dans les varioles cohérentes et surtout confluentes, il faudra ordonner la médication intensive dans toute sa rigueur. Il faut toujours se rappeler que *le plus tôt est le mieux*.

Plus la médication est instituée de bonne heure, plus elle se montre efficace; MM. Pécholier, Gingeot ont publié l'observation de malades, vivant dans un milieu épidémique, chez qui le diagnostic de variole avait pu être porté pendant la période d'invasion. Le traitement fut institué pendant cette période, dès le diagnostic posé, avant l'apparition de l'éruption: celle-ci se montra particulièrement bénigne, évolua avec une rapidité excessive, elle différa même totalement de l'éruption variolique ou varioloïque ordinaire dans l'observation de Pécholier.

Dans le cas de varioles cohérentes ou confluentes, je maintiens qu'il faut appliquer la médication éthéro-opiacée dans toute son intensité; je sais bien que nombre de médecins, qui se sont déclarés partisans de cette médication, n'ont employé, en pareil cas, que le traitement atténué et se sont contentés d'administrer l'éther par la voie stomacale; mais, après des observations répétées, je reste convaincu que l'administration de l'éther par voie hypodermique est incomparablement plus active que l'administration par la voie stomacale. Ce n'est pas du tout la même chose pour un malade de recevoir instantanément et d'absorber rapidement un centimètre cube d'éther injecté sous la peau ou de résorber lentement et de loin en loin de petites doses de ce même éther versé successivement et par petites fractions dans l'estomac.

Il est certain que dans les cas où le médecin ne peut venir deux fois par jour auprès de son malade et où il ne dispose pas d'un aide expérimenté pour faire les injections, force est bien de recourir à la voie stomacale pour l'administration de l'éther; mais, en toute autre circonstance, je persiste à croire qu'il ne faut pas priver les malades, gravement atteints, des effets supérieurs que procure l'injection hypodermique d'éther. Il y a dix ans, on pouvait encore hésiter devant la pratique de l'injection d'un liquide irritant dans les profondeurs du tissu musculaire, comme je le conseillais; mais, aujourd'hui, la pratique des injections profondes s'est beaucoup perfectionnée et vulgarisée; les syphiligraphes, en particulier, en mettant à la mode le traitement de la syphilis par les injections de sels mercuriels insolubles,

Digitized by Google

ont posé les règles qu'il faut suivre dans la pratique ; je crois donc que le praticien deviendra de plus en plus hardi dans la pratique des injections hypodermiques profondes, ce qui constitue la véritable garantie d'innocuité des injections d'éther. En s'entourant des précautions de l'asepsie moderne, en s'armant au besoin d'une canule plus longue que celle de la seringue de Pravaz ordinaire et semblable à celle dont Balzer a recommandé l'usage ; en choisissant une région riche en masses musculaires et que ne traversent pas des nerfs et des vaisseaux volumineux, le médecin pourra employer, sans hésitation, les injections sous-cutanées profondes d'éther. Les régions, qui paraissent les plus favorables aux injections, sont la partie antérieure et la partie externe de la cuisse que j'avais adoptées à l'origine et que j'adopte encore volontiers ; la région de la fesse située entre le trochanter et le sacrum, à deux travers de doigt au-dessus du bord supérieur du trochanter, région adoptée généralement pour l'injection des sels mercuriels ; la masse musculaire de la gouttière vertébrale. En opérant dans ces régions, on évitera les paralysies par compression nerveuse qu'on a pu observer à la suite d'injections pratiquées au voisinage de nerfs volumineux et particulièrement au niveau de l'avant-bras.

Quant au danger d'hémorrhagies sérieuses au niveau de la piqûre, il me parait bien hypothétique. Les plaques ecchymotiques, signalées par Dreyfus-Brisac, ne constituent, à proprement parler, pas une complication ; et le malade de Balzer qui, étant atteint de variole hémorrhagique, fut pris au niveau de la piqûre d'une hémorrhagie inquiétante, constitue un fait tout à fait exceptionnel, montrant tout au plus qu'il faut être très prudent avec les malades présentant des tendances hémorrhagiques.

Mon collègue Tenneson, tout en conservant les deux injections d'éther par jour, matin et soir, et la dose d'opium de 15 ou 20 centigrammes, conseille de donner celui-ci aussi par doses massives ; il fait prendre matin et soir une pilule de dix centigrammes, préférant « ne pas émietter, ne pas fractionner les médications sérieuses ; en rassemblant les doses, elles font balle. »

Je crois donc aujourd'hui qu'aux malades atteints de varioles graves, il faut prescrire la médication éthéro-opiacée avec toute la rigueur que j'avais formulée, en 1881, dans ma communication à l'Académie de Médecine, injections sous-cutanées d'éther, opium à hautes doses.

On pourra facilement, comme le dit Balzer, associer à la médication éthéro-opiacée les autres médications, pansements antiseptiques, bains. Je me sers ordinairement de l'huile phéniquée au dixième ; on pourrait employer la vaseline boriquée recommandée par Bianche, Bertrand, Castanier, ou des médications plus actives, les pulvérisations de solutions de sublimé qui ont donné de si heureux résultats à Talamon et à Renaut.

En un mot, hygiène toujours, pansements antiseptiques dans l'immense majorité des cas, traitement général dans les cas graves ; voilà comme il me paraît possible de résumer le traitement actuel de la variole, traitement qui donne des résultats heureux et a remplacé, pour le plus grand bien des malades, la simple expectation soi-disant armée prônée par les plus grands maîtres, il y a quelques années encore.

Dr Du Castel,
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

I. *Cession de clientèle.* — II. *Certificats et responsabilité médicale.*

I. **Cession de clientèle.** — D'après l'article 1598 (Code civil), une clientèle médicale ne peut être l'objet d'une cession : la confiance que le médecin inspire à ses clients étant un fait personnel qui ne peut pas tomber dans le commerce.

Le droit est donc d'accord avec la déontologie professionnelle pour condamner la validité d'un tel acte commercial. Cependant, une atténuation judiciaire permet à un médecin de prendre l'engagement de présenter son successeur à ses clients, comme aussi de s'interdire de lui faire concurrence en exerçant la médecine dans un rayon déterminé.

En se fondant sur ce principe, la Cour d'appel de Lyon vient de rendre l'arrêt suivant :

Considérant que, par acte du 19 août 1889, B..., médecin à V..., a vendu à S .., médecin à Genève, sa clientèle.

Par acte, B... s'engageait à présenter S .. à ses clients et tout en se réservant d'exercer la médecine à Lyon et dans les communes voisines, s'interdisait d'avoir un cabinet à V... et de faire une concurrence déloyale à S... ; que, par le même acte, ledit B... a cédé audit S... le droit au bail des lieux qu'il occupait et certains objets mobiliers, le tout moyennant la somme de 6,000 fr., outre les intérêts ;

Considérant que S... conclut à la nullité entière de la convention du 19 août, sauf pour le chef relatif à la cession du mobilier qu'il estime à 700 fr., parce que le traité tombe sous l'application de l'article 1598 du Code civil, la confiance des malades en un médecin n'étant pas dans le commerce ; qu'il demande encore la résiliation de ladite convention parce que B... lui aurait fait depuis une concurrence déloyale ;

Considérant, en ce qui concerne ce dernier grief, qu'en présence des explications et productions de B. ., le demandeur ne fait pas la preuve suffisante de son articulation ;

Considérant, au contraire, que la convention du 19 août a eu en vue pour partie la cession de la clientèle médicale de B... et non pas seulement, ainsi qu'il le prétend, l'interdiction d'exercer à V... et l'obligation par B... de recommander son successeur à ses clients ; que cela résulte des termes exprès dont les parties contractantes se sont servies, et de ce que B... avait dû, avant de passer acte, montrer à son futur acquéreur ses livres et le nombre des clients de son cabinet ; qu'il y a donc lieu d'annuler l'acte du 19 août 1887, mais seulement en tant qu'il porte sur la cession de clientèle ;

Considérant que les premiers juges ont estimé que dans le prix total de 5,000 fr. celui afférent à la clientèle médicale n'était que de 580 fr., la valeur justifiée des objets livrés ou des réparations exécutées par B... s'élevant à 4,419 fr. ; que pour arriver à ce dernier chiffre, ils y ont à tort compris le montant des réparations effectuées par B... à son entrée dan

Digitized by Google

les lieux trois ans auparavant, que les avantages provenant de ces réparations avaient en partie disparu;

Mais qu'il y a lieu de faire état des engagements pris par B... de présenter son successeur à ses clients et de ne plus avoir de cabinet à V..., stipulations qui n'ont rien de contraire à la loi; qu'il en est de même en ce qui concerne la subrogation au bail;

Considérant que la Cour a les éléments nécessaires pour faire l'appréciation des différents éléments du prix convenu entre les parties; qu'elle estime à 2,000 fr. la valeur de la clientèle et à 3,000 fr. le droit au bail, le mobilier et les autres obligations prises par B...;

Considérant que, sur cette somme, S... a versé celle de 1,500 fr.;

Considérant que chacune des parties succombe sur certains chefs de ses conclusions;

Par ces motifs, la Cour dit et prononce qu'il a été mal jugé par le jugement du Tribunal civil de Lyon, rendu entre les parties le 28 juin 1889, bien et avec griefs appelé dudit jugement lequel sera rétracté et mis à néant, émendant et faisant ce qui aurait dû être fait;

Déclare nulle et non avenue la convention du 19 août 1887, en tant qu'elle a trait à la cession de la clientèle;

Dit pour le reste qu'elle sortira de son plein et entier effet selon sa forme et teneur;

Condamne S... à payer à B... la somme de 1,500 fr. avec intérêts à partir du 1er novembre 1887, jusqu'au 22 mai 1888, etc., etc.

Condame S... aux trois quarts des dépens de première instance et d'appel, l'autre quart devant être supporté par B..., le coût de l'arrêt et de ses suites demeurant à la charge de celui qui les aura occasionnés, ordonne la restitution de l'amende.

II. **Certificats et responsabilité médicale.** — Un médecin est prié par une femme et par son mari de délivrer un certificat constatant l'état de santé de ce dernier. Ce certificat mentionnait que le mari était atteint d'une affection syphilitique.

Plus tard la femme porta plainte contre le mari et fit valoir cette pièce. Puis les époux, se réconciliant, poursuivirent d'un commun accord le médecin, lui réclamant des dommages-intérêts. Il y avait, paraît-il, erreur de diagnostic. Bref, un jugement intervint, qui eût été défavorable au médecin si le tribunal n'avait pas tenu compte de l'accord parfait des deux époux au moment du procès.

Parmi les considérants du jugement, rendu par le tribunal de Bordeaux, il faut retenir les suivants :

Attendu, sans doute, que les médecins ne sauraient prétendre à une situation privilégiée par rapport aux autres citoyens au point de vue de leur responsabilité professionnelle; qu'ils doivent répondre de leurs fautes dans l'exécution du contrat — mandat ou louage de services — qui les lie à leurs clients; que la jurisprudence a eu maintes fois occasion de faire application de ce principe;

Attendu qu'il n'est pas douteux que si le Dr X... avait délivré à une femme mariée, en dehors et à l'insu de son mari, un certificat médical dont les termes et les conclusions seraient de nature à jeter le trouble dans le ménage, sa responsabilité se trouvait gravement engagée, mais qu'il n'en est pas ainsi en la la cause... déboute les époux C... de leur demande et les condamne aux dépens.

Il est évident, que malgré l'issue de ce procès heureux, pour le médecin, le confrère qui délivre de tels certificats s'expose à des inconvénients graves. Aux personnes qui les sollicitent, il vaut donc mieux opposer un refus absolu. N. D.

REVUE DES LIVRES

Traité de thérapeutique et de pharmacologie par M. le Dr H. Soulier, professeur à la Faculté de Lyon (Tome II. Paris, 1891, Savy).

Il y a quelques semaines, nous avons rendu compte du premier volume de cet important ouvrage; le second suit rapidement le premier. Très bien; conçu dans le même plan et écrit dans le même esprit que lui, il mérite donc les mêmes éloges et motive les mêmes critiques.

Inutile de le répéter. Voici les principaux chapitres de ce volume: médicaments cardiaques, vaso-moteurs, astringents, alcalins, émollients, eupeptiques, vomitifs, purgatifs, diaphorétiques, diurétiques, caustiques, et eupnéiques. Ce n'est point tout; l'auteur consacre plusieurs pages aux désacides, aux genitalia, aux dermatica, aux méchanica,; toutes expressions, dont quelques-unes sont mâtinées de latin et dont l'introduction dans la nomenclature médicale s'imposait, parait-il. Puis, M. Soulier parle du chaud et du froid,, de la saignée et de la transfusion, de l'électricité, de la kinesthérapie et de la climatothérapie. Bref, c'est une des diverses ressources dont l'ensemble constitue l'arsenal encombré de la matière médicale contemporaine. Cette revue est-elle complète? Non; l'auteur le prouve par les errata qui, bien qu'incomplets, terminent le volume et où, avec une sincérité fort honorable, il reconnait ses omissions et que dans une autre édition il complètera sans doute. Par contre, cette revue a exigé un grand effort de travail et de persévérance; on doit donc en tenir compte à notre très distingué confrère lyonnais.

Reste à savoir, — en formulant cette opinion loin de moi la pensée de diminuer l'importance de cette œuvre érudite — si c'est bien là le plan, et la méthode suivant lesquels à l'heure actuelle on doit concevoir la thérapeutique à l'usage quotidien des praticiens et pour l'enseignement des étudiants? Malgré cette objection, ce volume est à lire et à consulter. Ch. E.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

MÉDECINE

I. **Un collutoire antiseptique contre la diphtérie.** — Employé par M. J.-W. Kuznekow, il a la formule suivante :

Menthol.....	3 gr. 75
Alcool.....	q. s. pour dissoudre

Ajouter :

Solution de naphtaline..	3 gr. 75
Essence de térébenthine. } Glycérine..... }	ãã 7 gr. 50

M. s. a. et agitez. En applications, sur la partie malade, toutes les deux ou trois heures.

Comme gargarisme, l'eau de chaux.

A l'intérieur, prescrire simultanément l'antipyrine et le benzoate de soude en solution.

II. **Potion calmante et balsamique contre la toux des phtisiques.** — Elle convient contre la bronchite et surtout dans la tuberculose pulmonaire. D'après M. H. Huchard, on doit la prescrire ainsi :

Digitized by Google

Sirop de tolu	ãã	60 grammes
Sirop de bourgeons de sapin		
Sirop diacode	ãã	30 —
Sirop de coquelicots		
Eau de laurier cerise		20 —

Dose quotidienne: trois à quatre cuillerées à soupe.

III. **Émulsion d'huile de foie de morue.** — Cette préparation permet d'administrer plus facilement l'huile de foie de morue et de vaincre la répugnance des malades.

En voici la formule :

Huile de foie de morue		16 parties
Lait condensé	ãã	6 —
Glycérine ou sirop simple		
Eau distillée		4 —
Essence d'amandes amères		q. s.

On triture le lait dans un mortier et, peu à peu, on ajoute les autres liquides.

On administre cette préparation par grandes cuillerées.

S. N.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 septembre 1891

Présidence de M. le Dr Tarnier.

A propos du procès verbal, M. Hardy ne veut pas revenir sur la question des maladies nerveuses chez les Juifs. Mais, pendant qu'il était à Saint-Louis, il a pu constater que les maladies de peau étaient très fréquentes chez les Israélites. Il croit donc à une prédisposition, chez eux, à ces maladies Il affirme que, chez les Juifs, l'eczéma est plus fréquent que chez les autres individus. Il est aussi plus grave et plus résistant.

Il est certain que les juifs aiment trop l'argent et qu'ils sont souvent peu délicats sur les moyens de se le procurer, mais il y a, sur ce point, beaucoup de catholiques qui sont juifs.

M. Hérard lit un rapport sur un mémoire de M. le Dr Nadaud (de la Rochefoucauld). Ce médecin vante l'emploi de l'aristol dans le traitement de la phtisie. La formule qu'il recommande est la suivante :

Aristol	1 cent. cube
Huile d'amandes douces stérilisée	100 cent. cubes

Il a recours aux injections hypodermiques faites avec cette solution. Les résultats de cette pratique seraient très avantageux. M. Hérard est d'avis qu'un plus grand nombre d'observations sont nécessaires pour conclure à l'efficacité de la méthode.

Hystérectomie abdominale totale. — M. Guermonprez (de Lille) lit une observation sur ce sujet. Il conclut en disant que : 1° L'hystérectomie abdominale totale est praticable dans certains cas de fibrômes utérins interstitiels et volumineux avec enclavement de la masse; 2° Cette opération comprend : la section des deux ligaments larges en s'arrêtant à peu de distance des artères utérines; la section transversale du péritoine vésico-utérin ; la séparation des deux organes avec les doigts, en prolongeant ce temps opératoire jusqu'à sentir la lèvre antérieure du museau de tanche ; l'ouverture de la limite supérieure du vagin au moyen d'une simple boutonnière longitudinale pratiquée sur la ligne médiane, sur la paroi antérieure; la tranfixion du vagin suivant le plan antéro postérieur avec une solide sonde cannelée que l'on fait sortir dans le cul-de-sac de Douglas; 3° L'hémostase est assurée avant l'exerèse au moyen de deux pinces-clamp.

Le pansement est le même que celui de la laparotomie. On bourre le vagin avec de la gaze iodoformée. F. R.

LES JOURNAUX DE LA SEMAINE

Une réforme inattendue dans l'enseignement de la médecine. — C'est un journal grave, sérieux et ministériel qui l'annonce, d'après un de nos honorables et chers correspondants :

Permettez-moi de vous signaler une jolie coquille trouvée dans le *Temps* du 12 septembre 1891 (1re page, 3e *colonne*).

Par décision ministérielle du 9 septembre, le médecin principal Bourut a été désigné pour occuper la chaire d'hygiène et de pathologie *érotique* (sic) à l'école de Rochefort, etc. » ???

Voilà un cours qui ne sera probablement pas délaissé par messieurs les étudiants !

Ne sutor ultra crepidam : On a beau être « sérieux, grave et ministériel quand-même », cet inconvénient est le moindre de ceux auxquels on s'expose, quand, malgré des rédacteurs dits spéciaux, on veut, feuille politique, faire périodiquement de la médecine tout comme d'autres veulent faire des vers.

NOUVELLES MILITAIRES

Nominations dans le corps de santé de la marine (Réserve). — *Au grade de médecin de 2e classe* : MM. les Drs Bon et Vasticar, médecins de 2e classe des colonies.

VARIÉTÉS

Les microbes pathogènes de la mer Morte. — M. Lortet (de Lyon) a communiqué les résultats de ses recherches à la Société des Sciences médicales de Lyon.

Cette masse d'eau, dit-il, large à peu près comme le lac Léman, plus basse que le niveau de la mer, est alimentée par un cours torrentueux, le Jourdain. Elle n'a même aucune issue, mais l'évaporation lui enlève journellement 6,500,000 tonnes de liquide. A une profondeur de 200 et 300 mètres on ne trouve plus qu'une sorte de vase, de bouillie contenant du sable et des cristaux. Ce sont ces boues qui ont été expérimentées au point de vue microbien par M. Lortet.

La mer Morte ne nourrit aucun poisson et les micrographes n'y avaient jamais découvert des microbes. Un agrégé de Lille, M. Barrois, pour contrôler cette assertion, se rendit l'année dernière sur ses bords et y recueillit des eaux et des vases. Ses recherches furent négatives ; il ne trouva ni infuscires, ni végétaux inférieurs, ni bactéries. La mer Morte semblait donc un réservoir naturel d'eau aseptique et bonne peut-être aux usages chirurgicaux. Tel était l'état de la question quand M. Lortet commença ses expériences.

En voici le résumé : Des ensemencements sur des centaines de bouillons ont toujours été féconds. L'auteur a pu isoler, cultiver et inoculer diverses espèces de microbes.

Les inoculations de la vase même ont toujours eu des résultats positifs. En moins de 36 heures, tous les cobayes périssent ayant présenté des convulsions tétaniques et les signes d'une gangrène gazeuse. De nombreux bacilles allongés fourmillent à l'intérieur des organes. Ces bacilles ne sont toutefois pas tout à fait semblables à ceux de la gangrène humaine. Inoculés à des ânes, ils ont produit des abcès, mais non pas tué l'animal. Or, ceux de la gangrène humaine tuent toujours les ânes.

L'auteur a séparé aussi le microbe du tétanos. On sait que ce dernier est très reconnaissable à sa forme de clou à grosse

Digitized by Google

tête. Ce bacille isolé et inoculé a provoqué chez les animaux des contractions tétaniques.

Les vases de la mer Morte sont donc extrêmement dangereuses.

La transmission de la fièvre jaune par les moustiques. MM. Finley et Delgado (de la Havane) soutiennent, le premier depuis deux ans, cette théorie. Ils invoquent, à cet effet, une statistique embrassant dix années et comprenant 67 inoculations. Celles-ci ont été pratiquées sur des personnes non acclimatées et présentant les conditions usuelles de réceptivité à l'infection, propres aux Européens, jeunes ou adultes, récemment débarqués dans l'île.

Depuis 1883, on a contrôlé rigoureusement les résultats obtenus dans des communautés religieuses sur des sujets nouvellement arrivés de la péninsule espagnole, en les comparant à ce qui se passait chez des personnes placées dans les mêmes conditions et non soumises à l'inoculation de la fièvre jaune.

Les auteurs ont constaté que :

L'inoculation avec un ou deux moustiques récemment contaminés n'est pas dangereuse. L'effet direct le plus prononcé a été, dans 18 cas, une forme bénigne de la fièvre jaune. Ils attribuent à l'influence de l'inoculation par les moustiques la facilité de l'acclimatation, puisque sur les sujets inoculés 19 ont été secondairement atteints de la maladie avec un seul cas mortel, soit 6 0/0 de malades et moins de 2 0/0 de morts, au lieu de 19 et de 15, proportions ordinaires chez les sujets non inoculés.

Les moustiques perdent rapidement leur pouvoir contaminant sur des personnes saines, tandis que ce pouvoir augmente quand ils répètent leurs piqûres sur des personnes malades. Enfin, les inoculations pratiquées pendant la saison froide ne doivent pas être considérées comme une garantie suffisante et doivent être réitérées au retour de l'été.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs Gonichon (de Monnières, Loire-Inférieure); Garin (de Vitré); Savatier, médecin de la marine en retraite; Jacottet (de Bonneville), Prévost (d'Harbonnières) et Deluze (de Coutrac).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Chrétien. — Observation de sarcôme du sein (*Poitou médical*, 1er juillet 1891).

Dubar. — Myxo-sarcôme encapsulé de la parotide (*Bulletin méd. du Nord*, 10 juillet 1891).

Guyon. — La castration pour le sarcocèle tuberculeux (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, juillet 1891, p. 115).

Hamilton (S.) — Cinq cas de cystotomie sus-pubienne (*The New-York med. journal*, 4 juillet 1891).

Hartley (F.) — Tumeurs congénitales du cou (*The New-York med. journal*, 4 juillet 1891).

Jaboulay. — Hernie interne rétro-péritonéale développée dans le feuillet droit du mesocolon ascendant (*Progrès méd*, 25 juillet 1891).

Jocqs. — Traitement des synéchies postérieures totales (*Recueil d'ophtalmologie*, juillet 1891, p. 402).

Legrand. — Sur un cas de phlébite suppurée des veines ophtalmiques (*Bull. méd. du Nord*, 10 juillet 1891).

Marmaduke Sheild. — De l'otorrhée : ses causes, ses suites et son traitement (*The Lancet*, 25 juillet 1391).

Mugnai. — Résection ostéo-plastique du crâne (*La Riforma medica*, 15 juillet 1891).

Muscatello. — Sur un cas de suppuration produite par le bacillus coli communis (*La Riforma medica*, 20 juillet 1891).

Ramonda. — Sarcôme du nerf pneumogastrique droit (*Revista clinica de los Hospitales*, juin 1891).

Reymond. — Le corset de bois dans le traitement de la scoliose (*Revue médicale de la Suisse Romande*, 20 juillet 1891).

Senoble. — Vaste abcès rétro-pharyngien sans fluctuation (*Poitou médical*, 1er juillet 1891).

Southam. — Cure radicale de l'hydrocèle par excision du sac (*The Lancet*, 25 juillet 1891).

CLINIQUE MÉDICALE

Adenot. — Zona rubéolique (*Revue de méd.*, juillet 1891, p. 613).

Babinski. — Hypnotisme et hystérie. (*Gaz. hebd. de médecine et de chirurgie*, 25 juillet 1891).

Bluhn (A.). — Etiologie de la maladie de Bright. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1891, heft III et IV).

Byers. — Trois cas d'hystéro-épilepsie (*The med. and surg. Reporter*, 27 juin 1891, p. 812).

Eccles (S.) — Traitement de l'arthrite chronique rhumatismale (*The Practitioner*, août 1891, p. 112).

Fraenkel. — Diagnostic de la méningite tuberculeuse de l'adulte (*Berliner Klin. Woch.*, 1891, p. 27).

Gimbert. — Note sur l'antisepsie de la phtisie pulmonaire par l'injection lente d'huile créosotée au quinzième. (*Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie*, 25 juillet 1891).

Hanquet. — Fièvre typhoïde, complication de gangrène sèche des pieds (*Arch. méd. belges*, juin 1891, p. 362).

Hervouet. — Deux cas de polynévrite périphérique, paralysie consécutive à la fièvre typhoïde et paralysie alcoolique. (*Gazette médicale de Nantes*, 12 juillet 1891).

Hospital. — Occlusion accidentelle de l'ouverture de la glotte par le bol alimentaire chez les aliénés. (*Annales médico psychologiques*, juillet-août 1891).

Kanthack. — Un cas d'acromégalie. (*The Brit. med. Journal*, 25 juillet 1891).

Kottnitz. — La peptonurie dans la rougeole (*Centralbl. f. med. Wiss.*, 1891, fol. 28, p. 528).

Letzerich (L.). — Etiologie, symptomatologie et traitement de la néphrite bacilaire interstitielle. (*Zeitschrift f. klin. Med.* 1891, heft V et VI).

Pavinski. — De l'action de l'influenza sur les cardiopathies (*Berlin Klin. Woch.*, 1891, p. 691, fol. 28).

Poulsen. — Les accidents cérébraux de l'otite moyenne chronique (*Nord méd. Ark.*, 3e f., 1891, p. 1).

Remy. — Grossesse et maladies du cœur (*Revue méd. de l'Est*, 15 juillet 1891, p. 417).

Rossi. — Le purpura des cancéreux (*Gazetta degli ospitali*, 19 juillet 1891).

Sansoni. — Le ferment glycolitique du sang et la pathogénie du diabète sucré. (*La Riforma medica*, 16 juillet 1891).

Sassjadke. — Influence des divers régimes sur l'albuminurie de la nephrite chronique. (*Wrat.*, avril 1891).

Satterlswatth (T.-E.) — La syphilis pulmonaire de l'adulte (*Boston med. and surg journal*, 1891, p. 576, t. I).

Steell Graham. — La régurgitation mitrale (*The Practitioner*, août 1891, p. 102).

Schron. — Recherches bactériologiques et expérimentales sur un cas de chorée de Sydenham. (*La Riforma medica* 14 juillet 1891).

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEDER, 267, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

Cinquième Année — N° 39 — 23 Septembre 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. Bar, E. Barié, Béclère, Brocq, Demelin, Du Castel, Gingeot, Charles Mauriac, Pacqué, Al. Renault, Rieffel, Schwartz

AVIS. — L'Administration de la *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique* rappelle à ses abonnés que tout changement d'adresse doit être accompagné de l'une des dernières bandes du Journal et de la somme de 0,60 centimes en timbres-poste.

CLINIQUE MÉDICALE

Du délire de contagion, ses dangers et son traitement

Par M. le Dr H. Dauchez (1)
Ancien interne des hôpitaux

Depuis quelques années, les terreurs du public, relativement aux dangers de contagion et de transport des affections réputées virulentes, s'accentuent à tel point que, dans la plupart des grands centres, les relations sociales deviennent de plus en plus tendues et rendent au médecin, plus suspect encore que tout autre, l'exercice de son art très souvent difficile et pénible. Tantôt c'est un hôtel qui se dépeuple, un collège qui se licencie de lui-même, une maison dont les locataires réclament l'expulsion d'un concierge ou d'un locataire atteint de diphtérie, tantôt c'est un malheureux voyageur, ou un étudiant atteint de fièvre typhoïde, abandonné dans sa chambre, ou expulsé de son hôtel (comme nous l'avons vu avec le Dr Rigal et le Dr Chantemesse) parce qu'il est soupçonné d'être porteur d'une affection contagieuse.

Or, il faut en convenir, ces craintes excessives reconnaissent, indépendamment du manque d'énergie morale qui caractérise notre fin de siècle, d'autres causes parmi lesquelles il importe de citer la publicité dans les journaux politiques des discussions académiques ou médicales, des travaux pastoriens, du luxe abusif et disproportionné des moyens de désinfection qu'un simple règlement de police suffirait à rendre pratiques, enfin cette étrange idée du transport des maladies contagieuses par un tiers, contredite par les faits et propagée néanmoins par quelques médecins *qui transforment de rarissimes exceptions* (2) *en règle générale.*

D'ailleurs cette démonstration, qui reste encore à faire, est contraire à l'expérience de chaque jour.

Sans vouloir faire ici de personnalité, ne voyons-nous pas chaque jour certains médecins qui, sans s'astreindre à aucune mesure rigoureuse de propreté, sans changer de vêtements, sans envoyer ceux-ci à l'étuve, vont de malade en malade sans jamais transporter aucun contage. Chez eux, la plupart de nos confrères (et j'en prends à témoin ceux qui exercent autour de moi) n'ont jamais rien transmis à leurs enfants. Est-il nécessaire enfin de rappeler que pendant de longues années, à l'hôpital des Enfants assistés, malgré la contiguité des pavillons d'isolement de rougeole, de scarlatine, confiés à la même surveillante, pas un cas de transport n'a pu être signalé (Sevestre).

Enfin, *devra-t-on défendre à un père de famille d'aller à l'atelier, à son cours, à son bureau, à l'église, de circuler en tramway, de partir en voyage parce qu'il a un enfant atteint de scarlatine ou de diphtérie.* La directrice d'un cours devra-t-elle licencier ses élèves, une commerçante, dont l'enfant est malade, devra-t-elle fermer boutique? Il faudrait aussi obliger les gardes, les domestiques appelés à soigner un malade à rester chez eux, priver les parents des malades de tous rapports sociaux, etc. Enfin, nous le demandons, voit-on dans les hôpitaux, les infirmières ou surveillantes semer dans les dortoirs, dans les réfectoires ou chez elles, les maladies dont elles ne sont pas atteintes elles-mêmes.

Ajoutons encore que si l'exercice de la profession était aussi dangereux qu'on le dit pour son propre entourage, pas un médecin convaincu d'avoir perdu l'un des siens par sa faute ne voudrait continuer à exercer son art.

La doctrine du transport par un tiers se réfute donc

(1) *Société médico-pratique*, séance du 16 juillet 1891.

(2) Le transport par un tiers n'est pas absolument impossible et la plupart des médecins, dans leur carrière, ont vu quelques faits de ce genre se produire dans leur clientèle. Nous-mêmes en avons rapporté dans la *Thérapeutique contemporaine* (3 juillet 1885) n° 27, p. 429, un exemple assez frappant. Mais ces faits sont très rares, difficiles à prouver, et tiennent la plupart du temps à l'absence des soins de propreté des membres de la famille ou du médecin. Si ces faits sont remarqués, c'est que, loin d'être courants, ils sont rares. Seule une analyse minutieuse des faits peut éclairer cette question souvent insoluble. Comme quelques auteurs, nous ne nions pas que certaines affections virulentes : fièvre typhoïde, érysipèle, puissent être transmises par les linges ou les vêtements. Mais les causes d'erreur sont trop nombreuses pour ne pas justifier notre réserve ou notre scepticisme. Un exemple rendra mieux notre pensée :

Le Dr P.... habite en été dans une ferme isolée. Huit jours après son installation, il invite à déjeuner le confrère voisin qui sort de chez des coqueluchoux. Quelques jours après cet incident, Mme P..., d'abord et ses enfants ensuite sont atteints de coqueluche. Peut-on affirmer que le confrère ait apporté la coqueluche? Celle-ci n'a-t-elle pas été contractée huit jours avant par Mme P... à Paris? Connaît-on l'état sanitaire des individus qui fréquentent les lieux publics, les voitures ou les appartements d'un même immeuble.

Digitized by Google

d'elle-même, elle trouve également sa réfutation dans cet aphorisme dont se servait Ricord et que, récemment encore, répétait un de nos maîtres les plus sympathiques : « la plus belle fille du monde ne peut donner que ce qu'elle a », ce qui, traduit en bon français, veut dire : Avez-vous la diphtérie, la rougeole ou la variole, vous pouvez la transmettre à vos amis et vos clients. En tout autre cas, vous ne leur portez que le secours de vos lumières à la condition seulement de vous laver les mains, de brosser vos habits, de vous nettoyer les ongles.

Toutefois, il importe ici de ne pas confondre à dessein, les affections d'ordre médical (les fièvres éruptives, la diphtérie, etc.) et les affections d'ordre chirurgical dont le transport par les doigts, les linges sont bien autrement à redouter là où existent des plaies, portes d'entrée toutes grandes ouvertes aux germes infectieux, dont le danger n'échappe à personne et contre lesquels lutte l'antisepsie reconnue utile et nécessaire dans les grandes opérations.

Pour nous résumer, et avant de citer quelques-uns des faits bizarres ou ridicules que nous rapportons plus loin, disons que la crainte a si bien pénétré l'esprit public, qu'une maison recélant une affection contagieuse est généralement signalée par la bienveillance publique à l'attention de tout un quartier, de telle sorte que pas un ami n'en ose plus franchir le seuil à l'exception du médecin, des parents et des frères et sœurs du patient auxquels est réservé l'honneur de contracter la diphtérie, personne ne voulant se charger d'un frère ou d'une sœur de l'enfant atteint. Dans le cas suivant, c'est la mère elle-même qui tremble devant la contagion.

Obs. I. — Mme N... me fait appeler, rue de Fleurus, le 25 avril dernier, pour sa fillette atteinte, depuis la veille au soir, de rougeole confluente. Elle vit seule avec ses deux petites filles, dont l'aînée a couché avec sa sœur malade. Cette « bonne mère » me demande avec terreur si elle va être prise à son tour et si elle doit rester à son poste. Comme elle est seule, je lui montre la nécessité de sa présence. Elle s'y résigne. Quinze jours après, la seconde fillette, qui n'avait jamais eu la rougeole et avait couché avec sa sœur, échappait à la contagion ainsi que la mère.

Obs. II. — Mme L... habite rue de Tournon. Sa fille, dont l'enfant a la scarlatine, habite rue de Mézières. Elle vient la voir une fois par jour, de préférence en dehors des visites d'amies. L'une d'entre elles, apprenant que chaque jour le mauvais air scarlatineux pénètre rue de Tournon où a lieu un cours de danse, sème la panique, fait cesser le cours et déserter du jour au lendemain l'appartement de la rue de Tournon. Or, la fille de Mme L... change de vêtements chaque fois qu'elle entre ou sort de son appartement et se lave les mains à l'eau phéniquée.

Les frères et sœurs de la petite scarlatineuse, isolés dès le début de la scarlatine, n'étaient pas encore atteints deux mois après.

Obs. III. — M. P. H... se marie le 6 avril. Le 25 mars (c'est-à-dire 12 jours avant), il vient chez son frère et apprend « de visu » que l'une de ses nièces a la scarlatine. Le père et la mère, les frères et les sœurs de la jeune malade sont exclus de fait de toutes les cérémonies nuptiales (contrat, dîner, messe), malgré l'avis contraire de deux médecins des hôpitaux, malgré l'assurance donnée par le père, médecin lui-même, d'aller s'habiller chez des amis, de prendre un bain, etc., etc.

Aucun cas de contagion scarlatineuse n'a été observé dans cette famille où les domestiques ne prenaient aucune mesure de prophylaxie.

Obs. IV. — Dans le courant de l'année 1884, M. Ch..., élève externe de l'hôpital Necker, pensionnaire d'un hôtel du quartier Saint-Sulpice depuis plusieurs années, était atteint de fièvre typhoïde. A peine la nouvelle en fut-elle connue dans l'hôtel, que domestiques et patrons de l'hôtel, non contents de déserter à qui mieux mieux les abords de la chambre du malade, signifièrent bientôt au pauvre garçon d'avoir à quitter d'urgence l'hôtel, ce qui fût arrivé sans l'intervention de deux médecins des hôpitaux, MM. les Drs Rigal et Chantemesse, qui s'opposèrent à cette mesure barbare. Quelques jours plus tard, le malade succombait.

Obs. V. — Le 5 mai dernier, nous étions appelé place de la Tour-St-Jacques pour donner nos soins à un jeune homme arrivé à Paris depuis 5 mois. Le malade était atteint d'angine pultacée, mais déjà le bruit avait couru qu'il était atteint de diphtérie. En arrivant, la concierge me remettait la clef de la chambre, déclarant qu'elle refusait de monter, qu'elle ne voulait point s'exposer, etc., etc.. . Bref, le malade abandonné de tous, ne pouvant compter sur personne pour lui procurer les soins matériels et n'ayant même point la literie nécessaire à un garde-malade, dut être conduit à l'établissement des frères St-Jean-de-Dieu, où il guérit en quelques jours.

Obs. VI. — Dans le courant de l'année 1884 je fus appelé près d'un vieux colonel d'artillerie atteint d'érysipèle de la face. Sa bonne ayant été contagionnée quelques jours après, en le soignant, je dus faire appel à trois gardes laïques venues quelques jours auparavant m'offrir leurs services. Pas une seule ne voulut se rendre au chevet du malade, par crainte de la contagion

Au train dont vont les choses, nous écrivait récemment notre excellent maître, M. Gingeot, le moment ne serait plus éloigné où l'on ne trouverait plus personne pour soigner les malades sous prétexte de péril à faire courir aux gens bien portants qui les environnent et où les médecins, ajouterons-nous, devraient faire grève s'ils se croyaient capables de porter aux leurs les affections qu'ils ont chaque jour à traiter. Depuis quelques années (au témoignage des médecins exerçant en Italie, en Espagne, en Hongrie, voir même dans le midi de la France), on a pu voir les populations des campagnes accuser en temps d'épidémie nos confrères de propager le fléau et d'empoisonner leurs concitoyens.

Telle est la conclusion pratique à laquelle aboutissent les idées régnantes.

Obs. VII. — Le Dr X... est obligé de quitter son appartement devenu insuffisant. Au moment de conclure avec son nouveau propriétaire, celui-ci se ravise et propose au Dr X... d'exiger de ses clients de passer non par le grand escalier mais par le petit, dans la crainte d'infecter la maison. Le Dr X... s'y refuse, en observant que les malades fébricitants l'appellent en ville et ne consultent pas à domicile. Il ajoute qu'il est le médecin de la plupart des locataires de l'immeuble. Le propriétaire consent à entrer en arrangement sachant que le Dr X... est solvable.

Obs. VIII. — Depuis quelques années, au témoignage de plusieurs médecins des hôpitaux, la visite des malades dans les hôpitaux d'enfants par les dames de charité, devient de plus en plus rare bien que le triage des malades contagieux et leur isolement dans des pavillons spéciaux soit un fait accompli.

Nous n'apprendrions rien à personne en citant d'autres faits que chacun d'entre nous rencontre chaque jour dans sa pratique. Notre seule ambition est d'attirer l'attention de tous sur la nécessité absolue où nous nous trouvons tous, tant que nous sommes actuellement,

Digitized by Google

de *faire pénétrer, dans l'esprit des familles, l'assurance, la certitude des dangers plus fictifs que réels de transport à distance* des germes contagieux *pour quiconque s'astreint aux règles d'hygiène usuelle.* La réflexion aidant, fera germer, dans les esprits bien équilibrés et bien préparés, *ces idées vraies sans lesquelles le dévouement est lettre morte.* Et, pour finir par quelques considérations pratiques, rappelons ici les mesures à proposer aux esprits timorés pour mettre à couvert sa responsabilité:

Charger une ou deux personnes exclusivement des soins à donner. Revêtir celles-ci d'un vêtement de toile facile à laver, laisser en permanence dans la pièce une cuvette d'eau phéniquée au centième et une brosse pour les ongles à l'usage des gardes et des médecins qui ne doivent séjourner près des malades et les examiner que le temps strictement nécessaire. Ces mesures seront complètes si, dans les affections graves (diphtérie, choléra, variole, érysipèle grave et parfois dans la scarlatine), les vêtements, les pièces de literie sont passés à l'étuve après désinfection de l'immeuble. Encore ces précautions sont-elles purement facultatives dans les affections bénignes (varicelle, oreillons, roséole, etc.).

En terminant ces quelques réflexions, qu'on nous permette de résumer notre pensée en citant notre cher maître, M. le Dr Gingeot, consulté récemment par nous sur cette question : « Si l'on devait prendre à la lettre, » nous répondait le savant médecin de l'hôpital Saint-» Antoine, les conséquences pratiques des doctrines » contemporaines, les mesures de prophylaxie jette-» raient dans la vie sociale un trouble profond. Ce n'est » pas à dire néanmoins que l'idéal ne soit pas dans ces » mesures de rigueur ; la transmission des contages » par des tiers admis par vous à titre d'exception me » paraît moins rare qu'à vous et, sans qu'on puisse » jamais espérer réaliser l'idéal en question, il y a lieu, » selon moi, de travailler tous, tant que nous sommes, » à une réforme des mœurs qui permette de s'en rap-» procher... Gardons-nous de formuler des préceptes » inapplicables, quel qu'en soit le bien fondé théorique. » Protestant contre l'égoïsme engendré par la crainte, » mais tout en veillant à ce que celle-ci ne refroidisse » pas le dévouement, laissons-la cependant produire » des fruits de prudence utile.»

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

Les toxidermies médicamenteuses et leur thérapeutique générale

Tout récemment, un collaborateur dévoué de ce journal, M. A. Renault, insistait sur ces difficultés du diagnostic des éruptions accidentellement provoquées par les médicaments.

A l'appui de cette judicieuse opinion, il rappelait deux observations, publiées dernièrement par M. Feulard et M. Cayla.

(1) Voir : *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique* : 16 septembre 1891, p. 562).

Dans l'une il s'agissait d'un cas d'iodisme cutané sur un individu, porteur d'une gomme spécifique, et après l'ingestion de l'iodure de potassium. Dans l'autre, le bromisme cutané s'était produit sur un enfant syphilitique par hérédité et en puissance d'une coqueluche traitée par les bromures alcalins.

Ici et là, on était donc en présence de ces cas où, selon l'expression de M. Fournier, il y a difficulté, presque insurmontable, pour distinguer entre l'éruption médicamenteuse et une manifestation cutanée de la syphilis.

On en est réduit alors à interroger les commémoratifs du malade ou bien à tenter une épreuve thérapeutique : c'est-à-dire la suppression de l'agent médicamenteux dont on soupçonne la culpabilité.

L'éruption disparaît-elle? On condamne le médicament ; et parfois on abandonne un succès probable, s'il s'agit d'un traitement spécifique.

Persiste-t-elle ? On incrimine l'idiosyncrasie ; puis c'est tout.

Et cependant, est-ce bien tout? Non ! Les notions déjà acquises, bien qu'incomplètes, sur les auto-intoxications, sur le rôle des toxines, sur la neutralisation probable de ces dernières, et en particulier sur l'antisepsie gastro-intestinale pour prévenir ou guérir quelques toxidermies médicamenteuses, permettent d'entrevoir une solution moins inféconde de ce problème.

La praticien est-il appelé dès à présent à mettre à profit ces notions? C'est la question préalable qu'il convient d'abord d'examiner.

Puis, *consequentia consequentibus sequuntur*, — dans l'Ecole on s'exprimait paraît-il comme cela, — justification de ces promesses étant données, il faudra pour conclusion, chercher quelle doit être, à l'heure actuelle, la conduite à tenir dans un cas d'éruption médicamenteuse.

I

Il y a cent seize ans, — le débat date de loin, — un vieux livre, qu'on ne consulte guère, le *Tractatus de morbis cutaneis* de Lorry, mentionnait déjà « des éruptions « prurigineuses, squameuses, miliaires et accidentelles, « déterminées par l'usage des médicaments aromatiques, « des sudorifiques et des huiles essentielles ». — Vingt-sept ans après, Moriarty (de Dublin) écrit les mots de lèpre mercurielle ; Spens et Alley ceux d'*erythema mercuriale.*

La voie ouverte par Lorry était féconde ; d'année en année la matière médicale devenant plus riche, la nomenclature des éruptions médicamenteuses est plus considérable : éruptions du copahu (Montègre, 1814), du cubèbe (Royer), du datura (Meigs, 1827), de la belladonne (Jolly, 1828), de l'opium (Desbois, 1817), de la quinine (Chevallier, 1850), des arsenicaux (Devergie, 1857), des bromures (Marcq, 1866), du chloral, (Berniguier, 1874), des iodiques (Fournier et Behrend, 1877), de la morphine (Apolant, 1877), du nitrate d'argent (Charcot), du sulfure de calcium (Alexander, 1882), du borate de soude (Gowers), de l'antipyrine (Ernst, 1884), etc., etc... puis, en dernier lieu, les éruptions

Digitized by Google

de la tuberculine de Koch, qui, cela se comprend, ont la valeur d'une démonstration expérimentale de l'action des toxines dans la pathogénie générale des toxidermies (1).

Malgré cette diversité d'origine, ces éruptions ont des caractères séméiologiques communs. Voilà une présomption favorable à l'identité du mécanisme physiologique qui les produit.

En premier lieu, elles sont polymorphes ; est-ce un polymorphisme réel? Isolément envisagées, chacune peut bien sembler spéciale par son siège et sa morphologie : acné bromique du visage, roséole copahique des membres, érythème belladoné de la face, etc., etc. De plus loin et dans l'ensemble, il en est autrement.

En effet, au siège pris sur un même individu en état de copahisme, d'iodisme, d'hydrargyrisme ou de bromisme, n'observe-t-on pas des éruptions de formes différentes?

Leur marche n'est point identique? Sans doute. Ici acuité, brusquerie dans le début ; là, chronicité, lenteur à disparaître ; ailleurs, évolutions par poussées successives. N'en est-il pas ainsi dans la symptomatologie variée de toutes les intoxications?

Bazin l'avait fait remarquer : les agents producteurs des éruptions pathogénétiques sont doués aussi de puissantes propriétés toxiques. A côté d'individus, porteurs des stigmates cutanés de l'intoxication médicamenteuse, d'autres, également en puissance du même agent toxique, accusent seulement les symptômes généraux de l'empoisonnement?

On explique ces différences par l'idiosyncrasie ou une impressionnabilité plus grande des téguments. Pourquoi ces mots?

Interrogeons les faits. Cliniquement, ne sont-ils pas analogues à ceux qui figurent dans le tableau classique des empoisonnements?

Ainsi, en se plaçant sur le terrain clinique, voilà que, trente années après Bazin, on est conduit à dire avec lui : les éruptions médicamenteuses — « *constituent en* » *quelque sorte un empoisonnement de forme spéciale*, » avec détermination du côté des téguments ».

A cela on objecte, — à tout on peut, en effet, objecter quelque chose, — l'inconstance des symptômes généraux accompagnant les éruptions pathogénétiques. Rarement de la fièvre, dit-on, du prurit tout au plus, des picotements, de l'ardeur cutanée. Ce sont, ajoute-t-on encore, des phénomènes passagers et parfois fort obscurs. Soit ; l'objection est banale, mais serait-elle légitime, que l'on pourrait répondre : à côté de ces symptômes, il y en a d'autres, tels les troubles gastro-intestinaux. Pourquoi en parler si peu?

Quand ils existent, on les met au compte de l'intolérance stomacale ou d'une idiosyncrasie. C'est fort commode. Au point de vue thérapeutique, ils méritent, je crois, l'honneur d'un plus long débat.

(1) L'énumération complète des éruptions a été donnée, par M. Brocq, dans son beau livre sur le *Traitement des maladies de la peau*. On ne peut faire mieux que d'y renvoyer le lecteur. (Ch. E.)

Les uns consistent dans l'anorexie, l'état saburral, la fétidité de l'haleine, des nausées, parfois du tympanisme abdominal, de la gastralgie, de la constipation ou plus rarement, comme on les a observées, des diarrhées lientériques. Eh bien ! ces troubles digestifs sont rares en l'absence de lésions tégumentaires. Par contre, M. Féré et son élève Grémaud n'ont-ils pas constaté leur extrême fréquence chez les malades en puissance d'éruptions cutanées, par l'usage interne du bromure ou du borate de soude ?

Les autres sont d'ordre réflexe : palpitations, angoisse, dyspnée, coloration anormale des téguments. Quelle est leur signification physiologique? Qu'expriment-ils au point de vue clinique? Une excitation de la muqueuse gastro-intestinale, point de départ des réflexes.

Fatiguée, irritée ou fonctionnellement altérée, cette muqueuse, on le sait bien, depuis les leçons de MM. Potain, H. Huchard et autres, devient l'origine de semblables réflexes.

Physiologiquement, cette action réflexe se manifeste dans le domaine de la petite circulation par le resserrement des artères pulmonaires, l'hypertension vasculaire conséquente et, finalement, la dilatation aiguë du ventricule droit. Dans l'oreille et sous l'œil de l'observateur, cette coloration anormale des téguments, les palpitations, l'angoisse, la dyspnée ne sont-elles pas alors, comme la traduction clinique des perturbations gastro-intestinales ?

Tous ces phénomènes méritent l'attention du thérapeutiste autant que celle du clinicien. En raisonnant par comparaison, ne voit-on pas plus d'une analogie entre ces toxidermies médicamenteuses et les toxidermies liées aux auto-intoxications gastro-intestinales : le pytiriasis rosé ou l'urticaire du cours de l'ectasie gastrique (Bouchard, Jacquet, Comby) ; la furonculose dans les obstructions intestinales (Chantemesse, Senator, Kussmaul) ; l'acné des individus habituellement constipés, ou encore l'eczéma infantile et quelques dermopathies saisonnières (E. Besnier) des gens, adultes ou enfants, digérant mal.

Que ces dermatoses et l'auto intoxication soient dues à la stagnation fécale, à une résorption de produits putrides, à l'insuffisance d'élimination des résidus alimentaires, ou à l'élaboration défectueuse des ingesta, l'interprétation théorique importe peu ; mais, sans un long effort de raisonnement, on estimera qu'entre l'éruption cutanée et le trouble gastro-intestinal il s'agit, on l'a dit, d'un « enchaînement » et non pas d'une fortuite coïncidence.

II

Cette argumentation serait oiseuse et stérile si elle ne devait pas conduire à des indications thérapeutiques.

Et d'abord, elle permet de condamner à nouveau, tâche à coup sûr fort aisée, la plupart des théories au moyen desquelles on comptait donner la raison de ces éruptions pathogénétiques.

Naguère, Rabuteau a édifié, et on formule encore de temps en temps, la *théorie de l'impureté du médicament*. Explication boiteuse ! « Elle ne tient point debout, »

Digitized by Google

comme M. Grancher l'écrivait fort à propos dans le *Bulletin Médical* du 8 avril dernier.

Les médicaments étant hors de cause, on accusa les organes glandulaires ; Trousseau parlait même d'une modification de la sueur ; on prononça aussi les mots d'affinité élective de ces médicaments pour les glandes,.. Que d'hypothèses ! Où sont les démonstrations ?... La *théorie glandulaire des éruptions médicamenteuses* est donc, elle aussi, boiteuse.

La *théorie nerveuse* ne paraît guère plus solide. Ici, encore, on a invoqué une action élective, Cette action élective, on le suppose, s'exercerait sur les nerfs vaso-moteurs. Les éruptions pathogénétiques auraient donc rang, on l'a écrit, dans le groupe des *angio-neuroses*. Pour les uns, il y aurait excitation des nerfs vaso-dilatateurs, pour les autres paralysies des vaso-constricteurs. Mécanismes physiologiques différents, néanmoins effets identiques, c'est-à-dire, dilatation vasculaire, congestion et, résultat final quand celle-ci s'exagère : exsudation.

Faut-il rappeler la formule de cette théorie ? En 1885, dans son important mémoire sur l'étiologie et la pathogénie des éruptions médicamenteuses, Morrow l'a donné de façon sans doute à satisfaire à la fois ses partisans et les avocats du rôle pathogénique prépondérant de l'idiosyncrasie. « Les éruptions, écrivait-il, sont dues à » des idiosyncrasies ; les idiosyncrasies sont des né» vroses ; donc les éruptions médicamenteuses sont » des névroses ». On le voit, c'est un syllogisme. Résoudre un problème pathogénique et thérapeutique au moyen d'un syllogisme ! Ah ! vraiment, comme c'est encore commode !

La *théorie dyscrasique* possède, du moins, à défaut d'autres, le mérite d'être construite sur une base plus solide. En l'exposant dans son intéressante thèse inaugurale, M. Deschamps s'est appuyé sur les analyses du sang pratiquées par un observateur, M. Quinquaud, dont on aime toujours à écrire le nom et à citer les savants travaux.

En examinant le sang d'individus atteints de purpura iodique, M. Quinquaud a constaté l'augmentation du pouvoir exosmotique de l'hémoglobine dissoute. D'où, l'idée, au reste naturelle, d'attribuer, avec M. Deschamps, le purpura de l'iodisme cutané à la fluidification et à la transsudation sanguine à travers les capillaires.

Après tout, cette théorie en vaudrait une autre, si elle était susceptible de généralisation. Mais, objection facile, le purpura iodique est une forme et un cas particulier des éruptions pathogénétiques. Jusqu'à plus ample informé, on ne peut toujours, les logiciens nous l'ont appris, il me semble, conclure du particulier au général, et de l'iodisme cutané aux autres éruptions médicamenteuses.

En est-il de même de la *théorie des toxines*, la dernière en date, et dont Behrend a récemment acquis la paternité ?

Ici, pas d'action élective sur les centres nerveux : une dyscrasie sanguine n'est point tout. L'altération du sang ou même l'angio-neurose, si elles existent, sont dues à des toxines.

D'une part, action dynamique du médicament ; d'autre part, intoxication se manifestant sur la peau par les éruptions toxidermiques, et, ailleurs, par des symptômes généraux : fièvre, abattement, prostration, troubles sécrétoires, etc., etc. Bref, il s'agit d'un empoisonnement. Voici donc que, par une voie détournée, avec ces toxines pour facteurs pathogènes et après trente années, on revient, évolution inattendue de l'opinion, à Bazin, presque à ses idées originales et à sa définition.

Ces toxines, d'où viennent-elles ? Sont-elles produites seulement en présence du médicament ? Lauder Brunton a insisté sur ce fait que l'absorption des substances toxiques favorise l'évolution microbienne, c'est-à-dire la production des toxines. Dans les expériences de Rossbach et Rosemberg, l'injection préalable de la papaïne dans le sang accélérerait le développement ultérieur des micrococci inoculés. Néanmoins, s'il en était ainsi, comment expliquer la brusquerie de la reaction dans les cas, souvent observés, où l'éruption toxidermique suit immédiatement la pénétration du médicament dans l'organisme ; témoin : l'urticaire morphinique.

Les toxines sont-elles plutôt préexistantes dans les tissus ; y demeurent-elles comme en réserve ? Dans l'affirmative, on peut admettre que le médicament a sollicité leur mise en liberté ou provoqué, pour ainsi parler, comme leur appel à l'activité.

Dans cette étiologie, le médicament intervient donc à la manière d'une cause banale : du froid ou du chaud, d'un choc émotif ou d'un traumatisme, par exemple. Comme M. Besnier l'a écrit dans son article sur la pathogénie des érythèmes, et comme M. Grancher l'a répété après lui, il semble mettre en jeu l'aptitude morbide du sujet.

Son action pathogène consiste seulement à solliciter une détermination cutanée déjà préparée.

On est donc conduit, avec notre savant ami Brocq, à légitimement affirmer le rôle prépondérant des prédispositions individuelles et à paraphraser l'aphorisme, banal à force d'être vrai, en disant une fois de plus : ce n'est point le médicament, c'est le malade qui fait l'éruption.

A ce point de vue, nul doute : la théorie des toxines est clinique. Voilà un mérite et une supériorité. Est-elle féconde ?

Les thérapeutistes, jusqu'à un certain point, l'espèrent.

Je m'explique : les comptes rendus des Sociétés médicales en font foi. L'antisepsie gastro-intestinale a procuré d'incontestables succès à M. Féré et à son élève Grémaud. A preuve, ces cas d'épilepsie, maintenant nombreux, où l'injection journalière du naphtol et du salicylate de bismuth a permis l'administration des bromures alcalins et du borax à hautes doses, sans provocation d'éruptions cutanées ; et, même, fait plus probant encore, l'atténuation de ces dernières quand elles existaient, et cela sans interruption de la médication. A preuve, le rôle considérable, si nettement mis en lumière par M. H. Huchard (1), de l'insuffisance de l'émonction

(1) H. Huchard : *Maladies du cœur et des vaisseaux*, p. 675.

Digitized by Google

rénale, si favorable à la production de l'iodisme thérapeutique, et si redoutable quand il s'agit d'une accumulation de toxines ou de leur rétention dans l'organisme. A preuve, encore, l'indication de surveiller l'état de l'estomac et de soigneusement prévenir les troubles gastro-intestinaux durant tout traitement par les arsenicaux : le copahu, la quinine et les autres agents pathogénétiques.

Ainsi, *consequentia consequentibus sequuntur*, je me répète, quel que soit son pouvoir thérapeutique, on ne saurait méconnaître l'importance des toxines dans la pathogénie des toxidermies médicamenteuses et celle de l'antisepsie dans leur thérapeutique.

III

J'aborde la deuxième partie du problème. L'introduction de ces notions et l'avènement de cette théorie dans l'histoire des éruptions médicamenteuses sont de nature à modifier dorénavant l'intervention du thérapeutiste. En d'autres termes, *quelle conduite doit-on tenir en présence d'une éruption médicamenteuse?*

En premier lieu, c'est classique, on conseille la *suppression du médicament pathogénétique.*

On comprend la gravité d'une mesure aussi radicale quand il s'agit d'un spécifique ou de médicaments dont la vertu est éprouvée; les iodiques dans la syphilis ou les bromiques dans l'épilepsie.

On conseille aussi, mesure moins radicale *l'atténuation des doses de l'agent pathogénétique.* Mais alors, peu ou point de résultats thérapeutiques ; alors aussi, les observations le prouvent, même à doses fortement réduites, on observe encore les phénomènes d'intoxication.

Autre règle de conduite : *continuer l'administration du médicament.* C'est un pis aller ; il faut des circonstances solennelles, et, par cela même, exceptionnelles, pour l'autoriser ou tout au moins l'excuser.

D'ailleurs, l'éruption pathogénétique n'en continue pas moins, le plus souvent, d'augmenter. Ne s'agit-il pas en effet, — on me pardonnera l'expression qui n'est peut-être pas suffisamment orthodoxe, — d'une action dynamique et non d'une action de quantité. Un jour viendra, en effet, où malgré l'atténuation des doses, l'éruption prendra des proportions considérables ; *volens aut nolens* on sera obligé de suspendre la médication.

Néanmoins, un thérapeutiste obstiné persistrait-il quand même dans ses prescriptions ? C'est le malade, qui, malgré tout son courage, se refusera tôt où tard à leur exécution.

On possède bien, a-t-on dit, la ressource du *traitement antidotique :* l'arsenic ou la belladone contre les iodures, l'acide bromhydrique contre la quinine, le sulfure de calcium contre les bromures ; mais, en réponse, j'en appelle encore ici au témoignage expérimenté de M. Brocq, il ne faut point attacher trop d'importance aux prétendus antidotes que l'on a préconisés.

Dès lors, comment intervenir? Par un *traitement neutralisateur des toxines.*

Ce traitement sera à la fois préventif et curatif ; on l'instituera donc en même temps que l'administration du médicament pathogénétique ; on l'instituera même quelques jours auparavant, si le malade est déjà en puissance de troubles gastro-intestinaux ou d'une insuffisance rénale.

Quelles en seront les ressources? Du côté des voies digestives on combattra d'une part l'action des toxines par les agents de désinfection : naphtol, bétol, salicylate de bismuth, salol; d'autre part on sollicitera leur émonction par les médicaments stimulateurs de la contractilité intestinale : la noix vomique, les amers, et par les laxatifs, tels que le salicylate de magnésie, par exemple.

On stimulera l'émonction rénale par les diurétiques, par le lait et les eaux minérales alcalines, par la véhiculation du médicament dans l'eau de Vichy, la bière, les boissons alimentaires et par son administration au moment des repas.

Enfin, on fera appel à l'émonction cutanée par des soins minutieux de propreté, la fréquence de la balnéation, les lotions antiseptiques, et sauf formelle contre-indication, par des frictions stimulantes sur la peau et la provocation de la sueur. Bref, on doit frapper à toutes les portes.

Cela paraît bien banal ; il ne peut en être autrement; en effet, ces indications sont celles de la médication traditionnelle des empoisonnements.

CH. ELOY.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

LARYNGOLOGIE

De la fuchsine en laryngologie, par M. K. BOGROFF. — Depuis 1888, l'auteur emploie cette substance, qui a la propriété de se fixer sur les muqueuses laryngée et pharyngée et d'en pénétrer profondément les éléments. (*Vratch.* 1891, n° 16, p. 411).

Il l'associe donc aux agents antiseptiques dans les topiques et pour en assurer la pénétration.

De plus, la fuchsine serait un moyen de modifier l'épithélium de la muqueuse laryngée et d'augmenter sa résistance : c'est ainsi que M. Bogroff a pu, par des irrigations intra-laryngées d'eau boriquée à 2 pour cent, saturée de fuchsine, faire disparaître l'inflammation et la dysphagie, entretenues par une abondante expectoration. Même succès dans un cas de pharyngomycose et au moyen d'un topique au sublimé additionné de fuchsine.

Dans la pensée de M. Bogroff, la fuchsine ne serait pas un agent médicamenteux, mais seulement un moyen d'assurer l'action des topiques antiseptiques sur les muqueuses.

S. N.

MALADIES DES ENFANTS

L'intubation du larynx dans la diphtérie, par M. DIONISIO. — L'auteur est un partisan de cette opération et motive son opinion sur une statistique de 31,5 succès pour cent, obtenus dans sa pratique. Ajoutons qu'après trachéotomie, le nombre de ces succès a été de 25 pour cent. (*Gaz. med. de Torino*, 16 juillet 1891).

M. Dionisio admet donc :

1° Que l'intubation dans le croup diminue immédiatement la dyspnée, et n'apporte aucun trouble à la déglutition ;

2° Que cette opération relativement facile est généralement bien agréée par les malades ;

3° Que, dans les cas où on peut sans inconvénient la substituer à la trachéotomie, elle a l'avantage d'éviter les cicatrices

Digitized by Google

cervicales et les rétrécissements de la trachée, consécutifs à la trachéotomie. S. R.

Un traitement de la diphtérie par l'acide chlorhydrique, par M. Krasszewski. — C'est en s'appuyant sur les expériences de Roux et Yersin, démontrant l'atténuation de la virulence du bacille diphtérique par l'action des acides, que l'auteur recommande la médication suivante (*Gazeta Lekarska*, 1891, n° 28, p. 555).

Il emploie le perchlorure de fer en solution selon la pharmacopée russe, c'est-à-dire contenant parties égales de sel ferreux et d'eau distillée, et prescrit à *l'intérieur* :

Solution de perchlorure de fer (Ph. R.)	4	grammes.
Acide chlorhydrique	1	—
Eau distillée	209	—

Dose : une cuillerée à café tous les quarts d'heure, environ pendant trois ou quatre heures d'abord; toutes les heures ensuite.

Localement il prescrit un collutoire chlorhydrique :

Solution de perchlorure de fer (Ph. R.)	8	grammes.
Acide chlorhydrique	1	—
Eau distillée	30	—

Pour l'usage externe : en badigeonnages, au moyen d'un tampon d'ouate sur les régions malades, et toutes les deux heures.

Comme adjuvant : gargarisme avec l'eau boriquée à 4 pour cent et au besoin comme vomitif le sulfate de cuivre.

Voici les résultats obtenus par l'auteur : quatre fois dans cinq cas d'angine couenneuse, disparition des pseudo-membranes après trente-six ou quarante-huit heures ; sur six cas de croup, et des enfants de six mois à trois ans, même succès.

On le voit, c'était une série fort heureuse. Cependant l'acide chlorhydrique, dont l'emploi thérapeutique dans la diphtérie remonte loin, ne procurait pas les mêmes succès à nos anciens. S. R.

OBSTÉTRIQUE

Traitement de la septicémie puerpérale, par M. Swieciki. — Le principe de cette médication consiste à solliciter l'élimination des toxalbumines par les voies de sécrétion (*Wratch.* 1891, n° 14).

Dans un cas l'auteur a prescrit :

1° L'injection dans l'estomac d'un litre de solution physiologique de sel marin toutes les heures. On peut remplacer cette injection gastrique par une injection rectale ;

2° L'injection hypodermique d'un centigramme de chlorhydrate de pilocarpine deux fois quotidiennement ;

3° L'usage de l'alcool comme stimulant.

L'urine augmente, en quantité, ainsi que la sécrétion salivaire et la diaphorèse. En même temps, paraît-il, le pouls devient plein, la température s'abaisse et les frissons disparaissent. S. R.

THÉRAPEUTIQUE

Le traitement de l'érysipèle, par M. Allen. — L'auteur a réuni en deux ans et demi un total de 466 cas d'érysipèle, parmi lesquels 219 cas d'érysipèle de la face, soit 63,7 pour cent, c'est-à-dire exactement le même pourcentage que dans la statistique de Kaposi. (*The American Journ. of Med. Sciences, juillet* 1891).

Les érysipèles idiopathiques ont été traités par un badigeonnage de la région affectée avec la composition suivante :

Teinture de benjoin, comp.	ãã 3 gr.
Collodion élastique	
Glycérine	

Dans quelques cas on ajoutait de l'acide salycilique. A l'intérieur on administrait la teinture de chlorure de fer à la dose de XXV gouttes.

Dans d'autres cas d'origine traumatique, où l'inflammation n'était pas très profonde, on faisait un badigeonnage antiseptique et on administrait le fer à l'intérieur.

Dans les cas où l'enflure et l'inflammation étaient considérables, on appliquait la solution de bichlorure de mercure au 6000e, en donnant toujours à l'intérieur les mêmes doses de fer.

La quinine entrait pour une large part dans le traitement, et les bains dans une solution de créoline à 2 0/0 ont donné aussi de bons résultats. En revanche, les injections d'iodoforme en solution, pratiquées dans quelques cas, dans le but de limiter les progrès de l'érysipèle, et la teinture d'iode employée dans le même but n'ont pas donné de meilleurs résultats.

L'auteur a également traité un certain nombre de cas par les pommades l'ichthyol, à la résorcine, et les solutions concentrées de permanganate de potasse, d'acide borique, etc.

Il recommande à l'intérieur la potion suivante :

Sulfate de quinine	1	gramme.
Teinture de chlorure de fer	0,30	cent.
Eau distillée	150	grammes.

Dose : cinq grammes toutes les deux heures. P. C.

Deux cents cas d'influenza traités par la salicine à haute dose, par M. E. Turner. — L'auteur a traité plus de deux cents cas d'influenza, au moyen de la salicine à raison d'un gramme toutes les heures. (*The Lancet*, 18 juillet 1891).

Les résultats ont été des plus satisfaisants. Presque tous ses malades ont été ainsi traités et avec le plus grand succès. Il n'a jamais vu de complications, ni bronchite, ni pneumonie. Les malades de tout âge s'en trouvaient également bien, les enfants comme les vieillards.

D'après lui, l'influenza est une maladie infectieuse, peut-être septique, et la salicine paraît agir en combattant cette infection. Elle a aussi une action très marquée sur le système nerveux, et agit aussi comme anti-fébrile et en abaissant la température.

En résumé, quelle que soit la cause à laquelle on doive attribuer ces résultats, l'auteur recommande ce médicament comme une méthode de traitement sûre et toujours couronnée de succès. P. C.

La cactine comme stimulant cardiaque, par M. Myers. — La cactine est un principe extrait de la plante *Cereus grandiflora*, de l'ordre des cactacées, originaire de l'Amérique tropicale. Le principe actif a été isolé avec succès par Fred. W. Sultan, qui emploie pour cela les jeunes fleurs et la tige de la variété mexicaine. (*New-York Med. Journal*, 13 juin 1891.)

Comme action physiologique locale, la cactine n'est en aucune façon irritante. La solution à dix pour cent appliquée sur la conjonctive ne produit pas d'effet appréciable. A doses thérapeutiques, chez l'homme et chez les animaux, ce médicament produit une accélération du pouls et une augmentation de la pression artérielle. A doses toxiques, chez les animaux, il produit d'abord une accélération des battements du pouls et une augmentation de la pression artérielle, mais il ne tarde pas à les diminuer tous deux. Les pulsations cardiaques deviennent arythmiques et finalement cessent, le cœur s'arrêtant dans la systole. Les systoles, un peu avant la mort, sont incomplètes; la mort est précédée de convulsions tétaniques dues à l'excitation exagérée de la portion motrice de la moëlle. Les nerfs moteurs ne sont pas affectés car la galvanisation, après la mort de l'animal, produit la contraction du muscle. La cactine est donc un puissant moteur de la moëlle.

Les expériences ont démontré qu'à dose thérapeutique la cactine :

1° *Augmente la tonicité musculaire du cœur* probablement grâce à son influence sur les ganglions moteurs et accélérateurs intra-cardiaques, ce qui fait que les pulsations deviennent plus régulières et beaucoup plus fortes.

2° *Elève la tension artérielle* proportionnellement à la force

Digitized by Google

des pulsations. Cette élévation de la tension artérielle est produite par l'augmentation de l'action cardiaque et l'excitation du centre vaso-moteur à la base du cerveau.

3° *Influe sur le système nerveux* en agissant sur les centres nerveux de la moëlle épinière, augmentant les reflexes et accroissant la sensibilité nerveuse en général. En cela, la cactine ressemble à la strychnine et l'observation clinique montre d'autres points de similitude.

C'est donc, conformément à son action physiolohique, un puissant tonique et un stimulant du cœur.

Les observations cliniques montrent son efficacité dans les troubles fonctionnels du cœur, dans la simple dilatation cardiaque comme dans l'atonie cardio-musculaire (qui résulte d'un trouble d'innervation et de nutrition) sans lésions organiques. Si les lésions valvulaires coexistent avec la dilatation, ce médicament est tout indiqué. Il donne également d'excellents résultats quand les troubles du cœur sont dûs à un excès d'irritabilité, à l'abus du tabac, etc.; sans doute parce qu'il excite les centres nerveux moteurs de la moelle et qu'il stimule constamment l'action du muscle cardiaque en accroissant sa nutrition.

La cactine est particulièrement indiquée pendant les périodes critiques des fièvres adynamiques, parce qu'elle agit en même temps comme stimulant du cœur et de la moelle.

Comme la digitale, la cactine peut être administrée avec persistance sans crainte de troubles gastriques,car ce médicament ne s'accumule pas. En somme, d'après l'auteur, la cactine peut être employée dans tous les troubles fonctionnels du cœur et des artères, sauf dans le rétrécissement mitral, où la digitale lui doit être préférée, car elle a le pouvoir de prolonger la période diastolique et de rendre au ventricule la force nécessaire.

Par contre, dans l'insuffisance aortique, la courte diastole produite par la cactine ne permet pas le reflux du sang dans le ventricule comme la digitale, en prolongeant la période diastolique, ce qui lui donnerait la première place dans la thérapeutique de cette maladie.

Les préparations de *Cereus grandiflora*, de *Cereus Bomplandii*, de *Cereus Mac Donaldii* et autres variétés ont été souvent employées sans résultat favorable : elles sont, en effet, inconstantes. Cette difficulté a été évitée pour le *Cereus grandiflora*.

La question mérite d'être étudiée. P. C.

De l'éphèdre vulgaire contre le rhumatisme, par M. Bektin. — Cette plante, de la famille des Gnétacées, d'un usage vulgaire en Russie et qui paraît contenir l'éphédrine mydriatique étudié récemment par Muira (de Tokio).

L'auteur russe a employé la décoction aqueuse des racines pulpeuses (4 gr. de poudre pour 180 grammes d'eau), à raison d'une cuillerée à soupe toutes les deux heures. (*Bolnitchnaia Gazeta Botkina*, 1891, n° 19).

Voici ses conclusions : d'après l'observation de 16 malades atteints de rhumatisme aigu ou chronique, musculaire ou articulaire, les résultats les meilleurs ont été obtenus dans les formes aiguës : diminution de la douleur dès le deuxième jour; retour à la température normale, disparition du gonflement articulaire. De plus, il y aurait une amélioration dans un cas de sciatique. Enfin, l'éphèdre serait un diurétique.

Son extrait, injecté sous la peau des cobayes à la dose de un centimètre cube, provoque l'inhibition des réflexes, celle de la sensibilité et un ralentissement considérable des mouvements cardiaques et respiratoires. Ces troubles sont passagers.

L'éphèdre, conclurons-nous à notre tour, est un médicament à mettre à l'étude avant d'en conseiller l'emploi. N. D.

TRAVAUX ORIGINAUX

La pression atmosphérique dans les rétentions du placenta.

(*Moyen pratique de délivrance*).

Par M. le Dr A.-P. Gavilan, de Durango (Mexique).

Tous les classiques signalent, parmi les causes de rétention placentaire : l'inertie utérine, la contraction spasmodique de l'utérus, quel que soit son siège, les adhérences du placenta, etc., etc. Mais aucun d'eux ne parle du rôle qu'y joue la pression atmosphérique.

Nous avons donc cru utile d'en parler, car le rôle de la pression atmosphérique dans les rétentions du placenta est tellement important que nous sommes étonnés qu'il n'ait pas été signalé déjà par les auteurs.

Avant de nous engager plus loin dans cette étude, nous avertissons le lecteur que ce travail s'appuie sur cent six observations dont cent appartiennent à mon père, à qui revient le mérite de la découverte, trois à M. le Dr Rodriguez (de Mexico) et trois qui me sont personnelles.

Nous ne citerons ici que quelques-unes d'entre elles:

Obs. I. — Le premier cas qui attira l'attention de mon père sur le sujet qui nous occupe est le suivant :

Appelé auprès d'une multipare, qui venait d'accoucher fort heureusement d'un enfant à terme, quatre heures auparavant, parce que le délivre n'était pas encore sorti, il constata une inertie utérine à laquelle il attribua, comme de juste, la rétention du placenta. Avant d'intervenir, il essaya les frictions et l'expression utérine, et fit des tractions sur le cordon, mais sans succès. Il se décida donc à faire la délivrance artificielle en suivant toutes les règles du procédé classique : il fixa le fond de l'utérus avec sa main gauche et introduisit la droite dans la cavité utérine pour aller chercher les bords du placenta, et les décoller; il atteignit facilement ces bords, mais toutes les tentatives faites pour le détacher furent vaines et inutiles. Cette résistance au décollement fit croire à mon père qu'il s'agissait probablement d'adhérences placentaires ; mais, ne voulant pas retirer sa main vide, il eut l'idée de perforer le placenta près de son centre, pour avoir une prise plus solide, et tirer fortement vers lui ; il perfora donc le placenta, mais, à sa grande surprise, celui-ci se détacha aussitôt, et tomba sur la main de mon père, sans être sollicité par les contractions de l'utérus ni par les tractions. Ensuite la main fut retirée, l'utérus se contracta et le placenta fut expulsé sans aucune difficulté. Les suites furent normales.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue : l'inertie utérine, constatée à l'arrivée de mon père, n'était pas la cause principale de la rétention ; si l'inertie seule avait été en cause, il est probable que l'introduction de la main dans la cavité utérine aurait suffi pour en réveiller les contractions, ou tout au moins, il aurait été bien facile de décoller les bords du placenta. Comme rien de cela n'est arrivé, on peut conclure qu'il y avait une autre cause, qui agissait plus directement. Peut-on attribuer la rétention à la présence d'adhérences placentaires, comme le crut mon père, voyant qu'il était impossible de décoller les bords du placenta? Evidemment non, car, si il y avait eu adhérences, le placenta ne se serait pas décollé de lui même, aussitôt après sa perforation. A quoi donc attribuer la rétention? Si on réfléchit, on voit que la pression atmosphérique est la seule qui puisse rendre

Digitized by Google

compte de ces phénomènes. En effet, qu'avons-nous fait en perforant le placenta? Nous avons permis l'entrée de l'air à travers le tissu spongieux du placenta, jusqu'à la face utérine de celui-ci, ou en d'autres termes, nous avons mis en équilibre les pressions exercées sur les deux faces de cet organe, et cela a suffi pour obtenir non-seulement le décollement du placenta, mais aussi la réapparition des contractions utérines et, par suite, l'expulsion du placenta.

Obs. II. — Appelé à cinq heures du soir auprès d'une primipare qui avait accouché à huit heures du matin et à laquelle on avait administré intempestivement des dragées d'ergotine Bonjean, parce que le délivre n'était pas sorti, il arriva, et constata un spasme total du corps utérin, dû à l'emploi de l'ergot, auquel il attribua la rétention du placenta. L'intervention s'imposait. Comment intervenir? Mon père ne fut guère embarrassé, car, se rappelant le fait qui précède, et quelques autres qui s'étaient déjà présentés à sa pratique, il fit peser sur le cordon par un aide, fixa l'utérus avec la main gauche, et tâcha d'atteindre le placenta avec la main droite, introduite dans la cavité utérine, non pas pour décoller les bords du placenta, mais dans le but de le perforer, sûr qu'il se détacherait de lui-même. Le spasme ne lui permit d'introduire que deux doigts, mais avec ceux-ci, quoique difficilement, il réussit à perforer le placenta près de son centre. Aussitôt perforé, il se détacha, et fut chassé de la cavité utérine, comme un noyau de cerise qu'on exprime entre les doigts. Les suites furent des plus simples.

Dans cette observation on remarque que, si le spasme total du corps, dû à l'administration intempestive de l'ergotine, était pour quelque chose dans la rétention, il y avait, sans nul doute, une autre cause dont l'action agissait d'une façon plus directe. Cette cause qui intervenait est, en suivant le même raisonnement que tout à l'heure, la pression atmosphérique.

L'observation qui va suivre appartient à M. le Dr J. M. Rodriguez et fut communiquée à l'Académie de médecine de Mexico, lors de la présentation du travail de mon père (1).

Obs. III. — Dans un accouchement normal, après des tentatives d'extraction du délivre faites par la sage-femme, et malgré la persistance des contractions utérines, on appela le docteur Rodriguez deux heures après, celui-ci constata en arrivant qu'il n'y avait plus de douleurs; il introduisit sa main dans l'utérus pour détacher le placenta, mais n'y réussit point. Alors, il fit faire des tractions sur le cordon par la sage-femme, fixa le fond de l'utérus avec la main restée libre, et avec celle qui était déjà dans la cavité, il perfora le placenta près de son centre; celui-ci se détacha aussitôt, sans être sollicité par les contractions utérines ni par les tractions du cordon.

Dans ce cas, malgré la persistance des contractions utérines et malgré les tractions faites sur le cordon par la sage-femme, il y eut rétention du placenta. Cette rétention ne pouvait pas être attribuée à l'inertie utérine constatée par M. Rodriguez, car celle-ci n'était que secondaire. Y avait-il adhérence? évidemment non. La seule cause qui était évidente, d'après le raisonnement déjà exposé, était la pression atmosphérique.

Dans des cas normaux, nous avons perforé le placenta immédiatement après l'accouchement et sans attendre le retour des contractions, et dans tous les cas la perforation a suffi pour décoller instantanément le placenta sans l'intervention des contractions utérines. Ceci prouve que la pression atmosphérique agit sur le placenta même dans les cas où la délivrance se fait normalement.

Dans un nombre assez considérable de nos observations nous n'avons pas de cas de spasme partiel de l'utérus à citer, mais malgré cela nous croyons que l'emploi du procédé que nous décrivons doit donner de brillants succès.

Nous avons laissé de côté les cas où la rétention placentaire dépend du volume excessif de l'arrière-faix, parce que la pression atmosphérique n'a rien à y voir, étant une rétention de cause purement mécanique.

Les cas dans lesquels la rétention du placenta est due à la rupture du cordon, sont tributaires de notre procédé, quoique nous ne puissions pas citer des faits qui le démontrent.

Les adhérences réelles du placenta, d'après mon père, opinion à laquelle je me range, sont extrêmement rares. Mon père, dans sa longue pratique (plus de 35 ans), ne les a rencontrées qu'une seule fois, La rareté des adhérences réelles s'explique en effet bien facilement, puisque toutes les causes qui peuvent leur donner naissance, comme les inflammations utérines, les apoplexies placentaires, etc., tendent plutôt à provoquer l'avortement et à éviter par conséquent la formation de ces adhérences.

Nous devons faire remarquer que nous ne nions pas l'existence d'adhérences placentaires, mais que nous les croyons fort rares.

Les adhérences qu'on y rencontre souvent sont celles qu'y simule l'action de la pression atmosphérique, qui cèdent facilement à l'expression utérine (méthode de Credé) ou au procédé que nous indiquerons tout à l'heure. Cependant, il faut dire que, souvent, la méthode de Credé ne peut vaincre ces adhérences comme nous l'avons vu dans l'obs. I. Dans ce cas, on peut être porté à des interventions sérieuses non exemptes de dangers, qu'évite la connaissance de notre procédé.

Voyons donc comment agit la pression atmosphérique dans les rétentions du placenta? La béance des parties génitales, aussitôt après l'accouchement, facilite l'accès de l'air dans la cavité utérine où il doit exercer une pression, dont nous ignorons l'équivalence; cette pression s'exerçant sur la face libre du placenta, c'est-à-dire sur la face fœtale, doit tendre à unir plus intimement cet organe à la paroi utérine, et cela d'autant plus, qu'il n'existe pas de pression, sur la face utérine du placenta, qui puisse contrebalancer celle qui s'exerce sur la face fœtale du gâteau placentaire. Ceci admis, il est facile de comprendre que la tendance unitive de la pression qui s'exerce sur la face fœtale sera détruite, si on contrebalance cette pression, c'est-à-dire si on met en équilibre les pressions différentes qui s'exercent sur les deux faces du placenta. Ceci s'obtient en perforant le placenta, et voilà pourquoi celui-ci se détache aussitôt.

(1) *Acad. de Méd. de Mexico*, (13 fév. 1889).

Digitized by Google

Dans la délivrance normale, lorsqu'on attend le retour des contractions pour faire des tractions sur le cordon, on ne fait qu'un vide qui produit la formation d'une ventouse. En effet, en tirant sur le cordon, comme celui-ci s'insère toujours vers la partie centrale, la première partie qui s'en détache, c'est le centre; celle-ci forme du côté de la face utérine, une cavité où se fait le vide; ce vide tend, joint à la pression atmosphérique qui s'exerce sur la face fœtale, à unir plus intimement les bords du placenta à la paroi utérine, et donner lieu, comme nous l'avons déjà dit, à la formation d'une véritable ventouse, qui résiste non seulement aux contractions utérines et aux tractions sur le cordon, mais aussi aux efforts de la main de l'accoucheur, introduite dans la cavité utérine, et cède seulement à la mise en équilibre des pressions, c'est-à-dire à la perforation du placenta.

La pression atmosphérique, qui s'exerce sur la face fœtale du placenta, n'est pas égale à celle qui s'exerce librement à la surface des corps ; elle est presque toujours inférieure à celle-ci, et, en outre, excessivement variable dans son action, ce qui tient probablement à la béance des parties génitales et à la plus ou moins grande quantité d'air qui entre dans la matrice. En effet, la pression est parfois si minime, qu'elle cède facilement, comme le prouvent les délivrances normales et celles qui suivent les tractions faites sur le cordon. D'autres fois, la pression est un peu plus forte, et le placenta ne se détache que par l'expression utérine ou par notre procédé. D'autres fois, enfin, la pression atteint son maximum, et le décollement du placenta résiste aux contractions utérines, aux tractions du cordon et aux efforts de l'accoucheur, simule des adhérences et ne cède qu'à notre procédé (obs. I et III).

De tout ce qui précède nous pouvons donc conclure que :

La pression atmosphérique intervient dans les rétentions du placenta, et que souvent elle est seule en cause.

Les causes plus connues de rétention du placenta n'agissent dans la plupart des cas que secondairement, car l'action principale est due à la pression atmosphérique.

La pression atmosphérique peut simuler des adhérences du placenta, et donner lieu à des interventions sérieuses non exemptes de dangers.

La pression atmosphérique possède une action variable dans les cas de rétentions placentaires.

Enfin, la pression atmosphérique donne lieu à la formation d'une ventouse, qui ne cède qu'à la mise en équilibre des pressions, c'est-à-dire à la perforation du placenta, qui constitue celle-là.

Le procédé qui nous a donné toujours de brillants succès est le suivant :

On fait tirer sur le cordon par un aide ou par la sage-femme; on fixe le fond de l'utérus pour éviter qu'il fuie; ensuite on introduit la main droite dans la cavité utérine ; on suit le cordon qui sert de guide pour arriver au centre du placenta. Arrivé là, on perfore le gâteau placentaire avec le médius et l'index. La différence de consistance des tissus avertit l'accoucheur que la perforation est faite. Toutes ces manœuvres doivent se faire en suivant les règles de la plus rigoureuse antisepsie.

Le tissu spongieux du placenta n'oppose guère de résistance à la perforation, tandis que le tissu utérin, même au niveau du point d'insertion de l'arrière-faix, résiste suffisamment. La crainte d'une rupture utérine n'est donc qu'illusoire, et ne peut jamais suivre les manœuvres faites avec douceur.

Le procédé que nous recommandons, et qui, selon nous, doit être employé dans les cas de rétention placentaire, quelle que soit la cause, quitte à revenir plus tard à d'autres procédés, possède, outre son innocuité et sa facile exécution, l'avantage de ne produire qu'un traumatisme fort léger, dépourvu d'importance.

Nous engageons nos confrères à s'en servir, car il suffit de le mettre en pratique pour se convaincre de tout ce que nous avançons.

REVUE DES THÈSES

De la tuberculose : quelle est la part de l'hérédité et de la contagion dans le développement de cette affection, par M. le Dr J. Meyer. — (*Thèse de Paris*, 1891, et J.-B. Baillière).

Les conclusions de cet intéressant mémoire sont les suivantes :

1° La transmission du bacille des ascendants aux enfants est une exception et toute tuberculose est due à la contagion ;

2° Quant à la transmission des prédispositions, M. Meyer la considère comme une hypothèse que l'on n'est point en droit de faire intervenir dans la pathogénie de la tuberculose des adultes ;

3° Comme sanction prophylactique, on doit donc prendre les précautions les plus sévères pour soustraire les enfants de souche tuberculeuse au milieu infecté où ils sont nés.

Au demeurant, ce mémoire a pour objet de soutenir la doctrine d'après laquelle l'influence héréditaire est négligeable et la contagion est tout dans la pathogénie de la tuberculose. C'est une opinion justifiable sans doute, mais qui paraît excessive sous cette forme aphoristique. S. R.

Des couleurs antiseptiques d'aniline en thérapeutique oculaire, par M. le Dr Cordonnier (*Thèse de Paris*, 1891).

La pyoctanine, qui a beaucoup fait parler d'elle dans ces derniers temps, a la propriété de diminuer la vitalité des microbes pathogènes, — mais, hélas ! — sans les tuer. Ce n'est donc pas un microbicide : et il faut en rabattre des succès annoncés dès le début.

M. Cordonnier expose les résultats qui ont été obtenus dans le service de M. Panas, par l'action topique de ce médicament. Les conjonctivites simples, les dacryocystites, et surtout les kératites non spécifiques ont été modifiées favorablement. Par contre : on a échoué en l'essayant contre les ophtalmies blennorrhagique et granuleuse.

On le voit : ces conclusions sont de nature à diminuer l'enthousiasme des introducteurs de la tinctothérapie en ophtalmologie. Ajoutons encore que la pyoctanine comme les dérivés méthyliques se décompose aisément à la lumière. C'est donc un agent médicamenteux de conservation difficile. Cet inconvénient ne suffira certainement pas à compenser sa médiocre valeur thérapeutique. S. N.

Digitized by Google

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

GYNÉCOLOGIE

Technique du curettage de l'utérus

(Anesthésie par la cocaïne)

Le curettage de l'utérus, après bien des luttes, est entré largement aujourd'hui dans la pratique gynécologique. C'est une opération relativement ancienne puisqu'elle fut effectuée pour la première fois par Récamier en 1846, qui employa alors sa curette mousse.

Pendant une dizaine d'années elle jouit d'une certaine faveur, mais peu à peu, malgré Nélaton, Gosselin, Demarquay, etc., qui la défendirent, elle fut abandonnée.

A partir de 1872 et depuis les données de l'asepsie et de l'antisepsie elle fut reprise et pratiquée couramment à l'étranger, notamment en Allemagne et en Angleterre.

Enfin, depuis cinq ou six ans, cette opération, qui avait été inventée chez nous, y est revenue et a donné lieu à de nombreux travaux, parmi lesquels je vous citerai ceux de Trélat, Pozzi, Terrillon, Doléris, la thèse de Despréaux (Paris, 1889), etc., etc.

Le curettage utérin est pratiqué tantôt pour établir un diagnostic, tantôt dans un but thérapeutique.

On l'a divisé en :

1° Curettage explorateur;

2° Curettage modificateur;

3° Curettage destructeur.

Ces deux derniers constituent le curettage proprement dit.

Le curettage explorateur consiste à détacher une portion de la muqueuse ou du tissu utérin, de manière à pouvoir en faire l'examen.

Le curettage destructeur est pratiqué pour enlever non seulement la muqueuse, mais aussi du tissu utérin, de manière à combattre certains symptômes. C'est celui que l'on emploie dans le cancer utérin.

Le curettage modificateur est également destructeur mais dans de faibles limites; il a pour but d'enlever de la cavité utérine les parties de la muqueuse lésées, de la nettoyer ; il conserve les culs-de-sac glandulaires de manière à permettre la rénovation de l'épithélium.

On l'emploie dans toutes les variétés d'endométrites. C'est ce curettage que j'ai seul en vue et c'est sa technique que je vais maintenant vous exposer.

La technique du curettage comprend trois points :

1° Les soins à donner avant l'opération ;

2° L'opération elle-même;

3° Les soins consécutifs à l'opération.

Soins avant l'opération. — Avant un curettage, comme avant toute opération sur l'utérus, il faut d'abord chercher à réaliser l'asepsie et l'antisepsie aussi complète que possible du champ opératoire.

Pour cela, trois ou quatre jours avant le curettage il faudra raser le pubis, le savonner et le laver, ainsi que la vulve, avec une solution antiseptique.

Des lavages du vagin seront faits avec une solution de sublimé à 1/4000 dans les premiers jours, et les deux derniers jours avec la liqueur de Van Swieten dédoublée.

Chaque lavage sera suivi de l'introduction de gaze iodoformée qu'on laissera dans le vagin jusqu'à la prochaine irrigation.

Pour pouvoir effectuer le curettage, il faut avoir préalablement obtenu la dilatation de l'utérus. Elle est indispensable dans presque tous les cas. Cependant il est certains utérus, flasques, fatigués qui permettent l'entrée facile de la curette.

La dilatation peut se faire de trois façons : brusquement, rapidement ou lentement.

La dilatation brusque est un procédé que je repousse, aussi ne vous en parlerai-je pas.

La dilatation rapide par les bougies d'Hegar ou les tampons est applicable dans certains cas particuliers comme je vous le dirai dans un instant. Quant à la dilatation lente, c'est le procédé de choix et celui que j'emploie habituellement.

On doit la faire 48 heures avant le curettage ; j'emploie la tige de laminaire qui présente un premier avantage de se dilater lentement et graduellement. Elle en présente encore un second, c'est d'avoir ce qu'on peut appeler un coefficient de dilatation constant, c'est-à-dire qu'avec elle on sait toujours quel degré de dilatation on obtiendra.

Pour pratiquer la dilatation, il faut d'abord abaisser et fixer l'utérus ; on saisit une des lèvres du col avec une pince à traction, on l'attire à soi et l'on maintient l'utérus immobile ; ensuite la tige de laminaire est introduite.

Souvent il existe une certaine difficulté à lui faire traverser l'orifice interne du col, qui se contracte ; c'est un accident analogue à ce qui se passe souvent dans le cathétérisme de l'urèthre.

Dans ces cas-là il ne faut pas forcer mais attendre un peu ; l'orifice cède bientôt et la laminaire peut pénétrer dans la cavité utérine. Certains utérus contractiles tendent à repousser la laminaire au dehors ; il faudra alors la maintenir quelques instants avec la pince jusqu'à ce qu'elle ait subi un commencement d'expansion et se soit moulée plus étroitement contre les parois de la cavité ou que l'utérus, plus tolérant, ne l'expulse plus. Cela fait, on introduit dans le vagin des tampons de gaze iodoformée et l'on applique au-devant de la vulve un pansement ouaté-iodoformé maintenu par un bandage en T.

Pendant combien de temps faut-il dilater ? Cela dépend de l'étroitesse plus ou moins grande de l'orifice utérin et d'une foule de conditions. Ordinairement il suffit de 24 à 48 heures pour que la dilatation permette l'introduction d'une curette moyenne.

Dans certains cas spéciaux où il y a intérêt à pousser la dilatation très loin ou pourra la faire durer plus longtemps et employer des tiges de plus en grosses ou même, comme le fait M. Pozzi, introduire plusieurs laminaires associées en faisceaux.

Opération. — Un grand nombre d'opérateurs donnent le chloroforme dans la plupart des cas de curettage. Cette opération, qui est en somme peu importante, de-

Digitized by Google

vient alors grave, car, comme l'a dit Sédillot, dès que l'on donne le chloroforme, la question de vie ou de mort se pose.

D'autres opérateurs ne le donnent pas. Alors, c'est une opération douloureuse, quoi qu'on en dise, même dans les cas simples. Elle l'est surtout lorsqu'il existe une complication du côté des annexes.

Si l'emploi du chloroforme crée un danger, une perte de temps et une impossibilité pour le médecin de pratiquer couramment l'opération, d'un autre côté il facilite beaucoup l'intervention parce que dans l'état de résolution qui en résulte, l'utérus peut être beaucoup plus complètement abaissé et amené à portée de l'opérateur.

Néanmoins, pour mon compte, à part quelques cas spéciaux que je vous signalerai, je pratique ordinairement le curettage après anesthésie locale par la cocaïne qui le transforme en une manœuvre inoffensive, si elle est faite dans les conditions strictes d'asepsie et d'antisepsie à la portée de tous. Geyl, qui emploie cette méthode, se sert de deux solutions: l'une au 1/5e, l'autre au 1/10e.

Il détermine, au moyen de l'hystéromètre, les points les plus douloureux de l'utérus et y applique des tampons imbibés de la solution au 1/5. Ailleurs, il met des tampons trempés dans la solution au 1/10. L'emploi de deux solutions est une complication qu'on peut éviter. Quant à moi, je m'y prends de la façon suivante : La femme étant tigée, j'enlève les tampons et la laminaire, et je fais un lavage du vagin au sublimé. J'applique le spéculum; puis, maintenant l'utérus immobile au moyen de la pince à traction, j'introduis dans la cavité utérine une petite tige métallique dont je puis, à volonté, modifier la courbure, et autour de laquelle est enroulé un tampon d'ouate hydrophile trempé dans une solution de cocaïne au 1/10e. Je laisse cette tige dans l'utérus pendant deux minutes et demie, puis je la remplace par une nouvelle tige que je laisse un temps égal et enfin par une troisième tige qui reste deux minutes. Cela fait en tout une application de sept minutes. On peut sans inconvénients le faire durer dix minutes. Sur le col lui-même et dans les culs-de-sac je mets aussi un tampon cocaïné.

Je me suis servi pour la première fois de la cocaïne dans le curettage, il y a deux ans : jamais je n'ai observé le moindre accident; par contre l'opération a été presque toujours supportée sans que la femme ait accusé de douleurs, et cela dans une centaine de cas, chiffre, comme vous le voyez, déjà respectable. Mais il est des cas où la cocaïne ne suffit pas ; ce sont ceux que je vous ai signalés, il y a un instant, et dans lesquels il existe, à côté de l'endométrite, une lésion des annexes, une salpingite par exemple.

Alors les mouvements imprimés à l'utérus font beaucoup souffrir la femme. On peut même affirmer que, lorsque dans un curettage la femme souffre même après cocaïnation, c'est qu'il existe une lésion des annexes. Dans ces cas, je n'hésite pas à donner le chloroforme.

Il existe certains cas où, pour différentes raisons, la dilatation n'a pû être effectuée ou rendue complète par la laminaire. Il faudra alors faire la dilatation rapide. Pour cela, je vous conseille de vous servir des bougies d'Hégar. On commence par les bougies les plus petites et l'on s'arrête, en général, lorsqu'on a pu introduire le n° 11. Quelquefois il m'arrive de combiner la dilatation par une tige de laminaire avec la dilatation rapide d'Hegar.

Quelle curette faut-il employer ? La meilleure, à mon avis, est la curette de Simon de 8 millimètres. Elle ne doit pas être trop tranchante mais seulement permettre d'abraser la muqueuse. En effet, à la suite de curettages pratiqués avec des curettes trop tranchantes on a observé des sténoses avec tous leurs inconvénients. Le curettage doit être fait méthodiquement, paroi après paroi, en allant d'arrière en avant et en s'arrêtant lorsqu'on perçoit le bruit particulier auquel on a donné le nom de cri utérin.

Il est important de passer la curette, non seulement sur les parois, mais aussi sur le fond et dans les angles ou cornes utérines. Pour cela il faut se munir d'une curette plus petite ou d'une curette à boucle. Après la cavité utérine il faudra toujours finir par cureter la cavité du col. Lorsque le curettage est effectué, c'est le moment de pratiquer l'écouvillonnage. M. Doleris a montré tous les avantages qu'il y a à employer ce procédé.

L'écouvillon est une sorte de brosse montée sur une tige métallique que l'on peut courber à volonté. Naturellement elle doit être absolument aseptique. On l'introduit dans la cavité utérine, on la passe et on la retourne dans tous les sens de manière à balayer la muqueuse et à enlever ses débris.

Lorsque l'écouvillonnage est terminé, on fait un lavage de la cavité utérine au sublimé, soit avec la sonde en parapluie de Segond, soit avec la sonde de Budin ou celle de Doléris. Pour terminer l'opération, je vous conseille de toucher la cavité de l'utérus avec un tampon imbibé d'une solution de glycérine créosotée au 1/10e. Dans les cas rebelles ou graves, comme par exemple dans certaines métrites blennorrhagiques, il est préférable d'employer la solution au 1/3. Il ne faut pas oublier, dans les deux cas, de protéger au moyen d'un tampon le vagin et les culs de sac contre l'action caustique du liquide.

Cette dernière opération terminée on garnit le vagin de tampons de gaze iodoformée, et l'on applique sur les parties génitales externes un pansement ouaté-iodoformé.

Soins consécutifs. — Après l'opération, la malade doit rester couchée. Tous les deux jours, pendant dix jours, on fera un pansement vaginal. Immédiatement après l'opération il faudra veiller à la liberté du ventre et à ce que la malade urine ; on observe quelquefois, en effet, un peu de rétention d'urine qui, du reste, ne persiste pas longtemps. Dans ce cas, on sondera l'opérée.

Après dix jours, c'est-à-dire après cinq pansements, on pourra enlever les tampons iodoformés et se borner à faire, pendant les quinze jours suivants, de simples lavages antiseptiques avec la solution de sublimé à 1/2000. L'opérée pourra se lever du 10e au 15e jour.

Dr E. Schwartz.

Digitized by Google

FORMULAIRE DU PRATICIEN

CHIRURGIE

I. **Traitement du phimosis par la dilatation.** — M. de Saint-Germain préfère cette opération à la circoncision, et la pratique avec le dilatateur à deux branches, bien supérieur, à son avis, au dilatateur à trois branches de Nélaton.

Position de l'opéré. — L'enfant est couché sur un plan résistant, une table, par exemple, de façon à éviter tous les mouvements. Rapidement conduite, l'opération ne nécessite pas la chloroformisation.

Technique opératoire. — Le chirurgien saisit la verge à sa racine, et, par des tractions sur le fourreau, essaye de déplier le prépuce.

Le dilatateur à deux branches est introduit sous la peau : éviter sa pénétration accidentelle dans le méat ; procéder progressivement, en dilatant verticalement d'abord, puis horizontalement.

La dilatation terminée, découvrir le gland. Pour cela, au besoin, le libérer de ses adhérences au moyen de la sonde cannelée.

Le gland est découvert ? On l'enduit de vaseline et on ramène le prépuce en avant.

Soins consécutifs.— Tous les huit jours, pendant deux à trois semaines, décalotter à nouveau le gland. La manœuvre consiste à déplier le prépuce par des tractions sur le fourreau et non à le refouler.

Une seule *contre-indication* doit faire préférer la circoncision : c'est le cas où le prépuce est épaissi, résistant et susceptible de se déchirer. On le rencontre dans deux ou trois cas sur cent. C'est donc l'exception.

MÉDECINE

II. **De l'administration de la créosote dans le lait.** — Le lait est un des meilleurs moyens de faire accepter ce médicament. On prescrit alors une solution au centième de créosote dans du rhum ou de l'alcool à 60°, à raison d'une cuillerée à soupe dans une tasse de lait chaud et très sucré.

On peut aussi faire usage de la formule suivante de M. Kouffeisen :

Créosote pure		1 gramme
Alcool à 80°		25 grammes
Glycérine		10 —
Sirop de tolu		50 —
Eau de laurier-cerise	ãã	7 —
Eau distillée		

Dose : une grande cuillerée (soit 10 grammes) dans une tasse de lait chaud.

RHINOLOGIE

III. **Un traitement antiseptique de l'ozène.** — Cette médication a pour base les irrigations et surtout les insufflations avec une poudre antiseptique, dont l'activité est en partie due à l'association de plusieurs agents antiseptiques, ainsi composée :

1° Irrigations de la cavité nasale au moyen du syphon et avec l'eau phéniquée ;

2° Immédiatement après, insuffler une forte pincée de la poudre composée suivante :

Salol	10 grammes
Acide borique	5 —
— salicylique	1 —
— thymique	0 gr. 50
Talc pulvérisé	20 grammes

Dans quelques cas la poudre suivante paraît rendre des services :

Hydrochlorate de cocaïne	0,10 centigr.
Menthol	0,30 —
Acide borique	2 grammes
Poudre fine de café torréfié	1 —

M. s. a. En prises nasales : plusieurs fois par jour.

N. D.

REVUE DES CONGRÈS

20e session de l'Association française pour l'avancement des sciences

(TENUE A MARSEILLE DU 17 AU 24 SEPTEMBRE 1891)

I. *Arthropathies (rhumatisme subaigu et chronique).* — II. *Caractères généraux des tremblements hystériques.* — III. *La dengue de Syrie et d'Egypte à Marseille.* — IV. *De l'hérédité dans les affections de la moelle épinière.*

I. **Arthropathies (rhumatisme subaigu et chronique).** — M. Bouchard donne lecture d'un mémoire où il communique les résultats des expériences entreprises avec M. Charrin. On avait déjà étudié la question de l'existence de microbes dans les arthropathies rhumatismales ou pseudo-rhumatismales. Reprenant cette question, les auteurs ont recherché, dans tous les cas de rhumatisme subaigu ou chronique qui se sont présentés à eux, les germes morbigènes dans les cavités articulaires ou les lésions périphériques.

Six fois sur dix, le staphylococcus albus existait seul. Dans un cas, on l'a trouvé associé à l'aureus ; dans un autre, à un bacille court. On a trouvé une fois le staphylocoque doré et un nouveau bacille. Deux fois, les ensemencements n'ont pas donné de résultat.

De plus, l'auteur a préparé une série de pièces avec lesquelles on peut observer toute la série des lésions microscopiques ou macroscopiques du rhumatisme subaigu.

A cet effet, il a inoculé des animaux par voie intra-veineuse, c'est-à-dire dans un point éloigné de l'articulation. C'est souvent le bacille pyocyanique qui a été inoculé : les lésions s'observaient en général au bout d'un mois ou deux. Une seule fois, on les obtint au bout de onze jours. Lorsque les toxines seules ont été administrées, on a constaté des désordres presque aussi graves. De même que chez l'homme, on peut produire sur l'animal une atrophie musculaire au moins apparente.

Etant donnée la fréquence remarquable du staphylococcus albus, c'est à la présence de ce microbe que les auteurs attribuent certaines formes d'arthropathies.

II. **Caractères généraux des tremblements hystériques.** — Ces tremblements ont des caractères communs.

M. Oddo, s'appuyant sur ses recherches personnelles, est arrivé à formuler les conclusions suivantes :

Les traits communs des diverses variétés de tremblements hystériques sont constitués :

A. — *Par la nature des causes provocatrices* : on peut distinguer ainsi trois formes de tremblements hystériques.

1° Les tremblements hystéro-émotionnels (41 cas sur 55).

2° Les tremblements hystéro-toxiques, dont le cadre n'est pas encore fermé. Il faut en rapprocher les tremblements consécutifs aux maladies infectieuses.

3° Les tremblements hystériques purs, consécutifs aux accidents hystériques, attaques apoplectiformes ou convulsives.

B. — *Par le mode de début* : Evolution souvent caractéristique ; période prodromique survenant après le choc ; céphalée (phénomène constant) ; troubles intellectuels et physiques.

C. — *Par les caractères des tremblements*, une fois constitués : 1° Variabilité spontanée et provoquée par les accidents hysté-

Digitized by Google

riques, l'émotion, etc.; 2° caractère paradoxal résultant des anomalies du tremblement hystérique et des symptômes secondaires qui l'accompagnent.

III. **La dengue de Syrie et d'Egypte à Marseille.** — M. J. Rouvier (de Beyrouth), qui a eu l'occasion d'observer cette forme atténuée de la dengue pendant un séjour de sept années à Beyrouth, vient d'en observer cinq cas typiques à Marseille.

Trois ont été observés dans une maison, deux dans une autre. La maladie s'est propagée du premier étage à un second, et de là aux deux dernières malades, parentes des précédentes mais habitant un autre quartier. Le début n'a pas été brusque. La fièvre toujours assez forte (39°,5 à 40°) a eu une durée très limitée. L'éruption éphémère est apparue dans un cas. La céphalalgie, la rachialgie, les troubles gastriques ont existé dans tous les cas avec une intensité différente.

L'auteur ne peut croire que ces faits soient isolés à Marseille. On a commis des erreurs de diagnostic en songeant soit à de l'impaludisme, soit à la dothiénentérie. Il pense que la dengue continuera à se manifester avec une intensité variable en automne et en hiver, préparant le terrain aux infections pneumococciques, que l'on nommera grippe ; cette prétendue nouvelle épidémie d'influenza ne sera que la continuation d'une épidémie atténuée et sans complications pulmonaires, existant maintenant mais ignorée.

IV. **De l'hérédité dans les maladies de la moelle épinière.** — M. Latil a observé deux familles offrant un remarquable exemple de transmission héréditaire des maladies de la moelle epinière.

Dans la famille A, il a observé pendant quatre générations la maladie de Friedreich, cette ataxie spéciale qui se manifeste par un caractère familial, l'incoordination motrice, les troubles de la parole et de la sensibilité, et des crises viscérales. Toutefois on n'a observé ni déviation vertébrale, ni nystagmus. La maladie a frappé successivement huit membres de cette famille, surtout de la branche aînée, cinq hommes et trois femmes. Associés à l'ataxie, on a trouvé dans cette famille un cas de diabète, un cas de lypémanie, un cas d'hystérie avec ataxie-abasie.

Dans la famille B, la myélite transverse avec paraplégie a atteint sept membres de trois générations, frappant tous les aînés sans exception et se révélant de 18 à 40 ans.

Dans les deux cas la maladie s'est transmise semblable à elle-même, aussi caractérisée chez le petit-fils que chez l'aïeul et affectant une prédilection marquée pour les aînés.

(*A suivre.*) P. C.

Association médicale britannique

(59e SESSION TENUE A BOURNEMOUTH DU 30 AU 31 JUILLET 1891 (1)

I. *Altérations des artères coronaires.* — II. *Injections de gaïacol iodoformé.* — III. *Traitement chirurgical de la paralysie générale.* — IV. *Traitement opératoire du strabisme.* — V. *Emploi de la fluorescine dans le diagnostic des lésions de la cornée.*

I. **Altérations des artères coronaires.** — M. Wilde, dans 112 autopsies, a noté ces altérations et a relevé les dimensions de ces artères. Une lésion existait dans 54 0/0 des cas, et la fréquence augmentait avec l'âge. La sclérose des artères coronaires est presque constante chez les jeunes sujets atteints de néphrite interstitielle. Dans tous les cas de cancer et de phtisie pulmonaire, ainsi que dans cinq cas de mort subite, l'auteur a constaté de l'athérome des coronaires. Il l'a trouvé notamment, sans autre lésion, chez une petite fille de 12 ans, morte subitement.

(1) Suite, voir n° 37.

Jamais, pendant la vie des malades, on n'avait noté l'angine de poitrine. L'auteur, qui a trouvé dans deux cas une dégénérescence graisseuse, n'a pas constaté de rapport entre cet état pathologique et l'altération des artères.

Dans l'hypertrophie cardiaque, le calibre des artères n'augmente pas en proportion du volume du cœur.

II. **Injections de gaïacol iodoformé.** — M. Robertson a employé la formule de M. Picot (de Bordeaux), chaque injection contenant un centigramme d'iodoforme et cinq centigrammes de gaïacol dans un centimètre cube d'huile d'olives stérilisée (1).

Cette méthode a donné de bons résultats dans l'empyème, à la condition de drainer la cavité ; dans la phtisie pulmonaire où elles diminuent la fièvre, améliorant l'état général, calmant la toux et l'expectoration. Elles sont innofensives, mais n'empêchent pas les complications tuberculeuses.

III. **Traitement chirurgical de la paralysie générale chez les aliénés.** — M. Claye Shaw, après avoir eu l'assentiment des familles, a traité par la trépanation quelques déments et paralytiques généraux.

Dans presque tous les cas, on observait une grande amélioration aussitôt après l'opération : la céphalalgie disparaissait ; les convulsions, très fréquentes dans un des cas, cessèrent absolument après l'opération et ne reparurent plus de longtemps. La même amélioration fut observée dans les phénomènes intellectuels ; malheureusement tous ces bons résultats disparaissaient presque entièrement au bout d'un certain temps, quand se formait la cicatrice fibreuse. L'auteur pense, néanmoins, que ce procédé a amélioré l'état des malades et prolongé leur existence.

IV. **Traitement opératoire du strabisme.** — M. Juler a pratiqué 174 opérations pour le strabisme (151 convergents et 23 divergents). Sur ces 23 cas de divergence, 7 avaient déjà été opérés pour convergence. Il résulte de ses observations que la ténotomie du muscle avait été accompagnée de l'avancement du muscle antagoniste dans presque tous les cas. Il est d'avis que l'on peut opérer les vieillards et les très jeunes enfants, mais dans de moins bonnes conditions que les adultes, qui doivent toujours être opérés. Il exclut les cas dus à une cause occasionnelle ou à un spasme périodique. La ténotomie du muscle doit être accompagnée de l'élongation de son antagoniste.

V. **Emploi de la fluorescine pour le diagnostic et le traitement des lésions de la cornée.** — M. Ad. Bronner a remarqué que la fluorescine injectée dans le sac conjonctival ne colore pas une cornée normale, mais seulement les parties de cette membrane qui sont dépourvues de leur épithélium. Si l'injection a pénétré dans le tissu interstitiel, il sera coloré, mais très lentement. Une coloration rapide prouve que le tissu n'est pas normal et presque toujours on a affaire à un ulcère de la cornée. L'auteur emploie une solution de fluorescine à 2 p. 100 et de carbonate de soude à 3 1/2 p. 100. Il a apprécié la valeur de ce procédé, surtout dans les cas d'ulcères serpigineux ou rongeants de la cornée, dans les kératites avec hypopyons des vieillards.

On arrive ainsi à connaître l'importance de la lésion, ce qui permet d'instituer un traitement énergique (cautérisation au galvano-cautère, dont on ne se sert jamais assez tôt). — La fluorescine permet de reconnaître aussi quand l'épithélium a recouvert un ancien ulcère.

(*A suivre.*) P. C.

(1) Voir à ce sujet : *Revue générale de clinique et de thérapeutique* n° 35, 1891, p. 543, et n° 37, 1891, p. 580.

Digitized by Google

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 septembre 1891
Présidence de M. le Dr Tarnier

M. Cadet-Gassicourt lit un rapport sur le prix Monbinne.

M. Charpentier lit un rapport sur une *observation d'amnésie post-éclamptique*, adressée par M. le Dr Bidon (de Marseille).

Diplopie monoculaire. — M. Duret (de Lille) lit une observation de diplopie monoculaire d'origine centrale. Il rappelle qu'en général la diplopie est le résultat d'un trouble physique ou dynamique des milieux de l'œil. Dans le cas qu'il rapporte, il s'agit d'un homme de 50 ans qui reçut un choc violent sur la tête. A son entrée à l'hôpital, il y avait de l'embarras de la parole, une légère parésie du côté droit et une céphalalgie violente. Le dixième jour, on constata une diplopie de l'œil droit. M. Duret attribue ce symptôme, les milieux de l'œil étant intacts, à une lésion corticale de l'hémisphère gauche dans la sphère visuelle.

Hystérectomie. — M. Guermomprez (de Lille) lit une observation d'hystérectomie abdominale totale pour fibrome et une observation d'hémostasie préventive de la carotide interne par la compression élastique, dans un cas d'épithélioma de la bouche. Le procédé consiste à passer autour de l'artère un tube à drainage mince qu'on maintient avec une pince à forcipressure.

LES JOURNAUX DE LA SEMAINE

A propos de la greffe cancéreuse : l'expérimentation sur le malade. — Extrait de la *Tribune Médicale* du 17 courant :

Quelle que soit la vérité sur cet incident regrettable à bien des égards, et quelles qu'en puissent être les conséquences personnelles à l'égard du chirurgien incriminé, il reste ce principe supérieur, immuable, de moralité scientifique et humanitaire, qui défend impérieusement de prendre, en aucun cas, et sous aucun prétexte, le malade pour sujet d'expérience, même avec sa participation, qui ne peut être qu'inconsciente par son incompétence : nous nous empressons et tenons d'autant plus à rappeler et à proclamer ce principe, devoir sacré pour tout homme de science et de cœur (l'un et l'autre sont inséparables), qu'il justifie précisément l'expérimentation, c'est-à-dire la véritable pratique expérimentale sur l'animal, pratique nécessaire, indispensable, avant toute application à l'homme, même et surtout la plus utilitaire, comme l'application thérapeutique.

A ce point de vue, nous l'avons souvent dit et nous ne nous lassons de le répéter, l'essai primitif sur le malade, de tout médicament qui n'a pas déjà subi le *criterium* expérimental préalable, touchant son action physiologique et toxique, est illicite et criminel au même titre que les tentatives opératoires dont s'est émue si légitimement l'opinion publique.

Nous nous associons à ces judicieuses réflexions, d'autant plus que la thèse de notre estimé collègue, M. Laborde, a été déjà maintes fois défendue dans ce journal, notamment à propos de la lymphe de Koch et des expériences désastreuses et officiellement tolérées avec ce remède occulte.

NOUVELLES MILITAIRES

FRANCE

Expériences d'évacuation des blessés aux manœuvres de l'Est. — Deux expériences ont été faites, nous écrit un correspondant, l'une de transport par chemin de fer par train sanitaire improvisé à Chavanges, l'autre par eau sur le canal de la Marne. A Chavanges, se trouvait une infirmerie de gare où les malades recevaient les soins urgents et des aliments.

Le train était composé de trois fourgons à marchandises, munis, le premier, des appareils Bry et Ameline, et le second des appareils Bréchot-Desprez ; le troisième était divisé en deux parties : l'une occupée par des appareils réglementaires modifiés au moyen du chariot roulant recevant le brancard, l'autre moitié par les appareils Bry et Ameline, à trois étages, en fer.

Ces trois fourgons ont reçu les trente-neuf malades couchés. Les autres malades divisés en pelotons de huit hommes ont été placés chacun dans l'un des compartiments de deux wagons de 3e classe.

Ces cinq wagons ont été ajoutés à un train. A Troyes, les malades ont été reçus par l'infirmerie de gare, qui, après leur avoir donné un repas, a dirigé les uns sur l'hôpital de cette ville, les autres sur leurs garnisons respectives.

Les expériences exécutées en cours de route ont fait ressortir que, si l'appareil réglementaire modifié au moyen d'un chariot peut rendre de grands services, l'appareil Bréchot-Desprez, amélioré, est le plus commode.

Le transport par eau a été exécuté par deux chalands, portant à l'avant et l'arrière le drapeau national et celui de la convention de Genève. Un seul contenait des malades placés sur des appareils réglementaires. Des plats-bords ont permis leur embarquement.

Ces malades étaient au nombre de 150. Une station-halte de repas se trouvait à une écluse. A Châlons, une infirmerie de gare les a reçus pour les diriger sur l'hôpital militaire ou les garnisons.

Nomination dans le corps de santé de la marine (réserve). — *Au grade de médecin de 2e classe* : M. Besnard, ancien médecin de 2e classe de la marine.

ÉTRANGER

La mortalité militaire comparée de la tuberculose — D'après M. Weck, médecin militaire autrichien, on peut l'établir dans le tableau suivant :

Autriche	morbidité :	4,3	mortalité :	1,4
Allemagne . . .	—	3,1	—	0,9
Bavière.	—	4,6	—	0,9
Saxe	—	1,7	—	0,9
Angleterre . . .	—	11,8	—	2,7
Italie.	—	2,9	—	1,1
Etats-Unis d'Amérique	—	2,9	—	1,4
France	—	3,9	—	2,2
Russie	—	9,0	—	3,7

Ces chiffres, croyons-nous, auraient besoin d'être contrôlés ; mais le contrôle est difficile par la diversité des méthodes employées, dans chaque pays, pour l'établissement des statistiques militaires.

VARIÉTÉS

Moyen de reconnaître l'oxyde de carbone dans l'atmosphère. — Il est basé sur la réduction de l'azotate d'argent ammoniacal par l'oxyde de carbon. En voici, d'après M. Berthelot, la technique.

On prépare la réaction par l'addition goutte à goutte, d'une solution d'ammoniaque dans la solution étendue d'azotate d'argent, jusqu'à la limite où le précipité primitivement formé, se dissout entièrement de nouveau.

En faisant passer dans ce réactif quelques bulles d'air chargé d'oxyde de carbone, il se produit un abondant précipité noir. Ce moyen peut servir dans tous les cas où l'atmosphère oxycarbonée ne contient point d'autres substances réductrices.

L'époque de la fécondation chez la femme. — Un méde-

Digitized by Google

cin de Gênes, M. Bossi, a réuni des faits d'après lesquels il se croit en droit de conclure que la fécondation résultant des cohabitations ou des injections artificielles de sperme a lieu dans les premiers jours qui suivent les règles. D'autre part, on est autorisé à croire que, dans les cas de fécondation suite de cohabitation ou d'injection artificielle avant l'écoulement menstruel, les spermatozoïdes sont restés vivants dans le cul-de-sac jusqu'à près les règles, et qu'ils ne sont montés dans la cavité de l'utérus et dans les trompes qu'au moment opportun pour rencontrer l'ovule.

Le traitement de la diarrhée par la rose rouge. — Vieux médicament populaire, la rose rouge est réhabilitée par Alexejewski, il la conseille en infusion : une poignée de fleurs sèches pour un litre d'eau, à raison d'un bol par jour aux enfants de cinq ans, et de deux à trois bols aux adultes.

On connaît les propriétés astringentes et la saveur de cette infusion. Celle-ci est un obstacle à son emploi.

Un moyen de désodorisation de l'iodoforme. — C'est pour enlever aux mains son odeur, que Buriert conseille le procédé suivant : on les lave une ou deux fois dans un mélange d'eau et de farine de lin, et, paraît-il, l'odeur de l'iodoforme disparaît avec une rapidité extraordinaire. Inoffensif et simple, ce moyen est à mettre à l'essai.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs Gager (de Paris), Correnson (de Jemmapes (Algérie), E. Crouzat (de Grigny) et Cheminade (médecin de la marine).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDECINE ET CHIRURGIE D'ARMÉE

ADAMKIEWICZ. — Coup de feu du cerveau. (*Pozegl. lek. Krakow*, 1891, bd 30, p. 117).

BRAULT. — Relation d'un cas de bilharziose contractée en Tunisie et observée à Lyon. (*Gaz. hebdomadaire de médecine*, 8 août 1891, n. 32, p. 382).

MAGET — Traitement de la diarrhée et du choléra en Cochinchine. (*Archives de méd. navale*, juillet 1891).

MANLEY (T.). — Sur quatre cas de plaies pénétrantes par armes à feu. (*The N.-Y. Medical Record*, 18 juillet 1891, page 65).

MOOR. — Du recrutement actuel de l'armée anglo-indienne. (*Brit. Med. Journal*, juin 1891, p. 490).

PROVOT. — La malaria sur la Côte d'Or. (*The Lancet*, 1er août 1891).

TSCHUDI (A.). — Les moyens de reconnaître la simulation de la surdité unilatérale. (*Militärarzt*, 1891, heft 12, p. 89)

VALDIVIA Y SISAY. — L'asphyxie pendant les marches et son traitement. (*Revista de sanid. milit.*, 1891).

CLINIQUE MÉDICALE

ALPAGO NOVELLO. — La pelade et son traitement (*Gaz. medica di Fornio*, 5 août 1891).

AYRES. — Rapports de certaines psychopathies avec des troubles gastro-intestinaux et hépatiques (*Med. News*, 14 juillet 1891).

BARSACCI. — Le bactérium coli et la péritonite par perforation (*La Sperimentale*, 15 août 1891).

BRUSCHINI. — Un cas de névrite alcoolique (*Riforma medica*, 16 août 1891, p. 367).

BUZDYGAW. — Deux cas de myxœdème (*Wien. Klin. Woch.*, 30 juillet 1891).

BRIZ (H.). — La diarrhée infantile et son traitement (*Revista clinica de los hospitales*, 1er juillet 1891).

CAPOZZI. — De l'angine de poitrine (*Riforma Medica*, 6 août 1891, p. 325).

CASARETTI. — Des rapports de l'albuminurie avec la circulation rénale (*Revista gen. italiana di clinica medica*, 30 août 1891).

CHERCHEVSKI. — Contribution à la pathologie et au diagnostic des affections du foie (*Progrès médical*, 29 août 1891).

COMBEMALE. — De l'état anatomo-pathologique des valvules du cœur dans l'alcoolisme aigu (*Bulletin méd. du Nord*, 14 août 1891).

CASABIANCA. — Erysipèle à répétitions (*Marseille médical*, 15 juillet 1891).

COSENFIED. — Le diagnostic des maladies du poumon et du cœur, leur traitement (*The Therapeutic Gazette*, 15 juillet 1891).

DEEREN. — Quelques aperçus sur l'endoartérite généralisée (*Recueil d'ophtalmologie*, août 1891).

ERB. — De l'étiologie du tabes (*Berliner Klin. Woch.*, 1891, nos XXIX et XXX).

GRUNDZOCH. — Calculs biliaires dans l'estomac (*Wien. Med. Presse*, juillet 1891, p. 1090).

GIBBES. — La pathologie du carcinome (*The Therapeutic Gazette*, 15 juillet 1891).

HIRSCHBERG. — Des troubles de la vision par tumeur cérébrale (*Neurolog. Cent.*, août 1891).

KOTTNITZ. — La peptonurie de la rougeole (*Cent. f. d. Med. Wissensch*, l. XXVIII, 1891).

LEROUX. — Observation de tachycardie essentielle paroxystique (*France médicale*, 28 août 1891).

LUNDIE (R.-A.). — Un cas de pneumo-thorax et de pneumo-péricarde spontané (*Edimburgh Med. Journal*, septembre 1891, p. 220).

LEUDET et WURTZ. — Recherches sur l'action pathogène du bacille lactique (*Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, 11 juillet 1891).

MARCK. — De la paralysie arsenicale (*Wien. Klin. Woch.*, 30 juillet 1891).

MARSHALL. — Observations sur la nature du cancer (*The Lancet*, 22 aout 1891, p. 415).

PIAZZA-MARTINI. — Un cas de souffle splénique (*La Sicilia Medica*, fas. 5 et 6, 1891).

PIGOTT (E.-A.). — Remarques sur l'influenza et ses complications (*The Lancet*, 29 août 1891).

PAGLIANO (V.). — Paralysie faciale saturnine (*Marseille médical*, 15 juillet 1891).

ROMBERG. — Sclérose de l'artère pulmonaire (*Deut. Arch. f. k. Med.*, mai 1891, p. 197).

SANTA MARIA Y BUSTAMENTE (M.). — Urémie de forme dyspnéique et arthralgique (*Revista clinica de los hospitales*, août 1891, p. 361).

SANTA MARIA Y BUSTAMENTE. — De la pleurésie : traitement de ses deux périodes (*Revista clinica de los hospitales*, 1er juillet 1891).

SCHMIDT. — Symptomatologie du saturnisme aigu (*Cent. f. d. Med. Wissensch*, h. XXVIII, 1891).

SOLLIER. — Anorexie hystérique : formes pathogéniques, traitement moral (*Revue de médecine*, 10 août 1891).

SPILLMANN et HAUSHALTER. — Contribution à l'étude des manifestations spinales au cours de la blennorrhagie (*Revue de méd.*, 10 août 1891).

STEINER. — Du sommeil hystérique (*Deut. Medicinische Wochens*, 2 juillet 1891).

WRIGHT (J.). — Etiologie et traitement de la rhinite atrophique (*The New-York Med. Record*, 15 août 1891, p. 173).

WOLFF. — De la gastrectasie (*The Therapeutic Gazette*, 15 juillet 1891).

Le Directeur-gérant : HENRI HUCHARD.

PARIS.—IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE N° 40 30 SEPTEMBRE 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, BÉCLÈRE, BROCQ, DEMELIN, DU CASTEL, GINGEOT, Charles MAURIAC, PACQUÉ Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

AVIS. — L'Administration de la *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique* rappelle à ses abonnés que tout changement d'adresse doit être accompagné de l'une des dernières bandes du journal et de la somme de 0,60 centimes en timbres-poste.

CLINIQUE MÉDICALE

Du rôle des agents infectieux dans la pathogénie et les complications de certaines affections hépatiques

(INFECTIONS BILIAIRES)

A. **Lithiase biliaire.** — Il est peu d'affections dont l'évolution clinique présente autant de variabilité que la lithiase biliaire. Chez un grand nombre de sujets, et principalement chez les vieillards, elle ne se décèle par aucun symptôme appréciable, et les calculs biliaires sont une simple trouvaille d'amphithéâtre. Ce fait, observé, pour ainsi dire, chaque semaine, dans les hospices ou les maisons de retraite de vieillards, est extrêmement fréquent, et on le trouve noté dans le quart environ des autopsies pratiquées à la Salpêtrière.

Dans une seconde série de faits, de beaucoup la plus considérable, la lithiase biliaire se manifeste par une ou plusieurs crises douloureuses, dont les caractères, bien connus de tous les cliniciens, constituent la colique hépatique.

Mais à côté de ces deux groupes, qui renferment la majorité des cas de lithiase biliaire habituelle, classique pour ainsi dire, on rencontre une autre série de faits, dont le pronostic est beaucoup plus sévère, et qui se manifestent par divers accidents éveillant de suite l'idée d'une infection de l'organisme.

Parmi ces accidents, la fièvre est un des premiers, et mérite tout particulièrement l'attention. Cette *fièvre hépatique*, connue déjà, et bien décrite par Monneret, et dans les travaux plus récents de M. Charcot, se présente sous des allures et avec une intensité variables. Tantôt le mouvement fébrile se manifeste par quelques accidents nerveux: frissonnements, sensation de chaleur avec élévation minime de la température centrale. Tantôt les caractères sont plus tranchés: il y a véritable accès fébrile, analogue à celui de la fièvre paludéenne, débutant par un frisson violent, suivi d'un stade de chaleur, et terminé par un stade de transpiration abondante. Cet accès fébrile est lié à la migration du calcul dans les voies biliaires, ce qui explique le caractère capricieux de son évolution; son importance est extrême, car, chez les vieillards notamment, il peut constituer à lui seul une forme clinique fruste de la lithiase biliaire, qu'il est indispensable de bien connaître dans la pathologie sénile.

Dans d'autres cas plus durables, la fièvre revêt le type intermittent, comme dans l'impaludisme aigu, composée d'accès périodiques, avec des périodes de rémission de durée variable. Enfin, on peut observer encore le type dit rémittent, c'est-à-dire une fièvre continue avec exacerbation vespérale; dans ce cas, ainsi qu'on l'a remarqué très justement, la fièvre hépatique ressemble, de très près, par sa marche, à une fièvre de suppuration.

On le voit, la fièvre intermittente hépatique est fort nette comme allure clinique, et ses caractères que nous n'avons fait que rappeler brièvement sont décrits depuis longtemps déjà dans tous les traités de nos auteurs classiques. Toutefois, la pathogénie de ces accidents est restée pendant longtemps fort obscure; c'est ainsi que M. Charcot, qui a étudié ces faits avec tant de soin, disait encore en 1877 (*Leç. sur les malad. du foie et des reins*, p. 179): « La fièvre dont nous nous occupons tiendrait à la présence dans les voies biliaires, dilatées et enflammées, d'un principe septique, d'un poison morbide pyrétogène, résultant d'une altération du liquide biliaire. Ce principe... est inconnu, quant à présent, de même que les conditions prochaines qui président à sa production ». La pathologie des affections hépatiques a fait récemment un pas considérable, et se trouve en mesure de combler maintenant la lacune pathogénique signalée par Charcot.

Il est impossible, en étudiant avec soin les caractères de la fièvre intermittente hépatique, de ne pas être frappé de l'analogie très étroite qu'elle présente avec la fièvre urineuse, si bien étudiée dans le service du Dr Guyon, à l'hôpital Necker, et dont l'origine microbienne a été démontrée péremptoirement. Il était donc tout naturel, en poursuivant les caractères de similitude des deux affections, de rechercher si la fièvre intermittente hépatique ne reconnaissait pas également une origine parasitaire. Or, la nature microbienne de cette fièvre est maintenant établie, grâce aux travaux de Brieger (1886), de Netter (1886), de Gessner (1888), de Girode et Gilbert (1890), et plus récemment de Dupré (1891). D'où viennent ces microbes et quels sont-ils? Voilà ce qu'il nous faut maintenant examiner.

On doit établir, d'abord, qu'à l'état physiologique le

Digitized by Google

liquide biliaire présente une asepsie parfaite(Duclaux). En effet, l'examen microscopique de la bile est négatif à ce point de vue; d'autre part, l'ensemencement de ce liquide sur divers milieux nutritifs n'est suivi d'aucun développement de cultures; enfin, l'injection de bile dans le tissu cellulaire du cobaye ne produit aucun phénomène septique. C'est donc ailleurs qu'il faut chercher le point de départ des microbes infectieux; et, pour le dire de suite, c'est la masse intestinale qui est leur habitat de prédilection. Ces micro-organismes pullulent dans le tube digestif et semblent y jouer normalement un rôle utile dans les phénomènes complexes de la digestion. Mais, s'ils sont non virulents dans leur résidence habituelle, ils deviennent des agents d'intoxication dès qu'une influence morbide les a transportés au loin ou fait pénétrer dans le torrent circulatoire. Les microbes des voies digestives ont été étudiés avec soin par Vignal et par Escherich. Les principaux sont le bactérium coli commune, d'Escherich, qu'on rencontre de préférence dans le colon; puis, les deux staphylocoques blanc et doré, un streptocoque très voisin du streptococcus pyogènes rencontré par Gessner dans le duodénum, puis quelques autres bacilles encore mal déterminés.

Le mode de pénétration de ces micro-organismes dans les voies biliaires est complexe et tient à des causes multiples. Dès que l'obstruction calculeuse dure depuis quelque temps déjà, la stagnation de la bile se trouve favorisée par la dilatation progressive qui envahit les voies biliaires, en même temps que la force contractile des muscles lisses des parois s'épuise inces samment. Les bacilles partis de l'intestin remontent ainsi vers les canaux biliaires et les envahissent peu à peu à la faveur de la stase biliaire. Bientôt, grâce au déplacement des calculs, dont la surface est toujours plus ou moins recouverte d'aspérités, il se produit des érosions, des ulcérations ou même des pertes de substance véritables sur la muqueuse des canaux, les microbes pénètrent dans les vaisseaux sanguins et vont ainsi provoquer les accès de fièvre intermittente hépatique. Dans d'autres circonstances, les parasites pénètrent jusqu'au niveau de la vésicule biliaire, se logent dans ses alvéoles, y prolifèrent et déterminent une série de oyers d'angiocholite subaiguë, d'où apparition des accidents infectieux.

Certaines conditions particulières favorisent ou retardent le développement des phénomènes infectieux Citons d'abord le nombre, le siège et la forme des calculs.

Lorsque les calculs sont nombreux et de petit volume, ils se déplacent facilement, et par suite multiplient les causes d'érosion et de déchirure de la muqueuse des voies biliaires. Au contraire, un gros calcul solitaire, lisse, difficilement mobile, n'expose que peu aux accidents d'angiocholite.

Déjà nous avons fait allusion au rôle que peut jouer la forme du calcul; on comprend, en effet, que les calculs à arêtes vives, ou dont la surface est recouverte d'aspérités, s'exposent plus que d'autres à déchirer on à rompre la muqueuse et que les solutions de continuité sont autant de portes d'entrée par où pénètrent, dans la circulation, les microbes pathogènes infectieux.

Rappelons encore que les coups, les contusions, les traumatismes quelconques au voisinage de la région du foie, peuvent, par un mécanisme que l'on comprend, du reste favoriser l'apparition des phénomènes infectieux. Enfin, certaines circonstances individuelles doivent être encore relevées avec soin, et l'on verra les infections biliaires survenir de préférence chez les débilités, les cachectiques, les alcooliques invétérés, bref ceux qui sont en état de moindre résistance aux agents pathogènes.

Ainsi donc, le poison pyrétogène qui produit dans la lithiase biliaire, les accès de fièvre intermittente symptomatique, est dû à la pénétration, dans le sang, de micro-organismes venus primitivement du tube digestif. Pendant l'accès fébrile, le sang est infecté et on y rencontre la présence de ces microbes; dès que l'accès de fièvre est terminé, ceux-ci abandonnent les vaisseaux, on ne les retrouve plus dans la circulation générale, mais dans la rate où ils vont se réfugier. C'est ainsi que chez deux calculeux, Dupré a ponctionné le rate avec toutes les précautions antiseptiques minutieuses, et en a retiré, pendant la période d'apyrexie, une série de coccus sphériques, accouplés en diplocoques, que la culture a démontré ultérieurement comme étant les staphylocoques blanc et doré; en même temps l'examen du sang de la circulation générale retiré par une piqûre au doigt, n'a montré la présence d'aucun microbe.

Les considérations dans lesquelles nous venons d'entrer, nous conduisent, maintenant, à rechercher si le rôle des microbes infectieux dans la lithiase biliaire se borne simplement à présider aux accidents qui peuvent survenir pendant son évolution, et s'ils n'ont point en même temps une action pathogénique sur la production même de la lithiase. Ce problème, d'une importance capitale, n'est point encore résolu complètement. On sait que, bien avant qu'il fût question de recherches bactériologiques, Meckel, Lobstein, Bouisson, Frerichs admettaient l'influence d'un catarrhe chronique de la vésicule sur la formation des calculs. Or, d'après les théories régnantes, l'existence d'un catarrhe suppose la présence de micro-organismes sur la muqueuse qui est le siège d'une secrétion morbide (Raymond), et rien ne s'oppose à ce que cette angiocholite catarrhale et microbienne ne produise dans la bile des modifications chimiques capables d'engendrer la précipitation des calculs. Sans vouloir insister davantage sur ce point encore à l'étude, nous ferons remarquer cependant que l'origine microbienne des calculs biliaires est fortement appuyée par les observations de Bernheim, surtout par celle de Dupré où l'on a rencontré le bacille d'Eberth dans les voies biliaires, chez un malade atteint de lithiase et qui avait eu, six mois auparavant, une fièvre typhoïde. Avant ces observateurs, Griesinger avait déjà remarqué l'influence de la dothienentérie sur la production, ou, tout au moins, sur le réveil d'une lithiase restée latente jusqu'alors.

Rentrons maintenant dans le domaine clinique proprement dit, et voyons comment se manifestent les divers accidents ou complications de la lithiase biliaire,

Digitized by Google

dont nous connaissons maintenant l'origine microbienne infectieuse.

Le plus important de ces accidents est, sans contredit, la fièvre intermittente symptomatique ; nous y avons insisté suffisamment pour qu'il soit inutile d'y revenir. Il est bon, cependant, de remarquer que la fièvre est un symptôme contingent de l'infection biliaire ; elle peut manquer totalement. On peut même observer l'hypothermie dans quelques cas ; celle-ci peut s'expliquer par l'apparition d'accidents urémiques, assez fréquents dans la lithiase biliaire grave, ou par la nature spéciale des agents infectieux qui ont pénétré dans la circulation sanguine. On sait, en effet, que l'inoculation du staphylocoque chez les animaux provoque une fièvre intense, alors que celle des bacilles intestinaux peut produire un abaissement de la température.

Outre les accidents fébriles, l'infection biliaire peut se traduire encore par d'autres accidents, parmi lesquels il faut relever les variations dans la quantité de l'urine secrétée en 24 heures, et dans celle de l'excrétion de l'urée. Chez quelques malades, cette dernière s'abaisse considérablement, et on peut dire alors que c'est le meilleur signe de la déchéance du foie, que nous savons être un des principaux foyers de production de l'urée (Brouardel). Mais cette altération de la cellule hépatique a encore des conséquences plus graves ; on n'a pas oublié, en effet, qu'une des fonctions les plus importantes du foie consiste à détruire ou à éliminer un certain nombre de poisons qui circulent dans le sang à l'état normal ou à l'état pathologique (Schiff) ; cette fonction étant supprimée ou ralentie, les matières toxiques sont obligées de passer par le rein qu'elles irritent incessamment, d'où production d'une albuminurie qui constitue une nouvelle cause d'aggravation ; c'est, en effet, la suppression de la dernière porte de sortie qui s'offrait encore aux substances excrémentitielles après la déchéance fonctionnelle du foie.

Si, maintenant, on essaie par une sorte de travail synthétique de rattacher les uns aux autres, ces divers accidents dont l'ensemble constitue le syndrome : ictère grave, on voit que la chronologie des phénomènes infectieux s'établit ainsi chez les malades : présence de calculs dans les voies biliaires par préexistence de microbes dans ces voies. Ce microbisme est resté latent jusqu'au jour où une érosion, causée par le déplacement d'un calcul, a permis aux microbes de passer dans le sang, d'où fièvre intermittente hépatique. L'infection de la glande a abouti à la destruction de ses cellules, ou tout au moins à leur suppression fonctionnelle ; par suite l'urée a été fabriquée en quantité moindre ainsi que la bile ; il s'est établi un état grave parce que les poisons qui sont détruits et éliminés dans le foie ont reflué dans le sang. Enfin, il s'est fait un afflux de matières excrémentitielles vers les reins, dont les éléments sécréteurs ont été désorganisés à leur tour. La dernière voie d'excrétion étant ainsi obstruée (Raymond), le malade intoxiqué succombe rapidement.

B. **Cancer des voies biliaires.** — Ce n'est point seulement dans la lithiase du foie qu'on peut observer des phénomènes d'infection biliaire, d'autres affections hépatiques y prédisposent encore les malades, et tout récemment M. Danin (*Th. de Paris* 1891) a étudié les angiocholites qui surviennent parfois dans le cours du cancer des voies biliaires. En pareil cas, les phénomènes infectieux, qui reconnaissent les mêmes causes que dans la lithiase, se traduisent également par des signes analogues. Cependant, ces accidents sont beaucoup plus rares que dans la lithiase, et le diagnostic en est fort délicat.

La fièvre, qui est le principal symptôme, peut même se rencontrer dans plusieurs variétés de cancer du foie, même sans faire intervenir aucune complication inflammatoire des voies biliaires (angiocholite), c'est ainsi que Hanot et Gilbert ont noté des accès fébriles à type intermittent dans le cancer du foie, primitif ou secondaire. Quoi qu'il en soit, ces accès de fièvre hépatique reconnaissent pour cause, comme dans la lithiase, la présence de microbes pathogènes ; dans d'autres cas, l'existence de ceux-ci n'est même pas nécessaire, et les accidents d'intoxication reconnaissent comme origine certaines substances toxiques, analogues à celles sécrétées par les microbes et qui se développent aisément dans les tissus cancéreux dégénérés (Afanassiew).

C. **Cirrhoses du foie.** — Le rôle de l'infection biliaire se fait encore sentir dans certaines formes de cirrhose du foie. On sait qu'à côté de la cirrhose atrophique des buveurs, bien décrite par Laennec, Hanot, en 1875, a nettement individualisé un autre type de cirrhose, sans ascite, mais avec ictère et hypertrophie du foie, due à une prolifération conjonctive des espaces portes et à une multiplication des canalicules biliaires. L'ictère, en pareil cas, était attribué par Hanot à un catarrhe chronique des voies biliaires. Or, dans quelles circonstances rencontre-t-on cette cirrhose hypertrophique ? On l'observe d'abord dans les cas d'obstruction calculeuse chronique des voies biliaires, et nous venons de voir, il n'y a qu'un instant, combien la lithiase prédispose aux phénomènes infectieux. On la rencontre encore dans l'impaludisme, maladie microbienne infectieuse, peut-être même encore dans l'alcoolisme, où les altérations de la muqueuse digestive et la perversion profonde de ses sécrétions sont un appel constant aux infections secondaires.

A côté de la cirrhose hypertrophique avec ictère, de Hanot on pourrait ranger une variété de cirrhose biliaire avec ictère décrite par Laure et Honorat (1887), qui l'ont observée chez les enfants à la suite de certaines maladies infectieuses telles que la rougeole et la scarlatine. Ces faits différents nous autorisent donc à dire que de même que dans la lithiase, l'infection biliaire peut jouer un rôle considérable dans l'évolution de certaines cirrhoses.

D. Maintenant que nous avons vu le rôe considérable que peuvent jouer les agents infectieux dans la pathogénie et dans l'évolution de quelques affections du foie, nous sommes en mesure d'aborder la question à un point de vue plus élevé, et d'étudier les injections biliaires en général.

On peut, pour répondre à leurs caractères cliniques et en même temps pour la commodité de la description,

Digitized by Google

diviser les infections biliaires en aiguës et en chroniques, et y considérer en même temps des infections primitives et secondaires.

1° Les *infections biliaires primitives* comprennent toute la série des ictères, qui commence à l'ictère simple, dit catarrhal, à pronostic bénin, jusqu'au groupe très nombreux des ictères dits ictères graves.

L'ictère simple, qu'on expliquait autrefois par la production d'une gastro-duodénite *a potu* ou *a frigore*, doit être considéré maintenant comme une maladie générale, (Chauffard, 1885), et non comme une simple affection catarrhale; c'est la forme la plus bénigne de cette maladie infectieuse, complexe, et d'origine si diverse, dont l'ensemble symptomatique est compris sous le nom d'ictère grave. La marche de la maladie peut-être envisagée de la façon suivante: à l'état normal, il existe dans le tube digestif, une masse considérable de microorganismes concourant à la digestion par leur action directe sur les matières azotées, d'où résultent une série de poisons putrides ou ptomaïnes, résorbés, dans l'état de santé par le réseau sanguin de la muqueuse intestinale, et éliminés ensuite par le rein (Bouchard). Que l'on suppose maintenant un écart de régime, une indigestion par exemple, il se produira une perturbation dans les fermentations digestives, production de ptomaïnes devenant peut-être plus virulentes, enfin résorption de ces produits dans le domaine de la veine porte, et phénomènes d'intoxication consécutive. Kelsch (août 1886), a montré, en outre, que l'ictère dit catarrhal peut être rangé dans les infections telluriques, à cause de son caractère parfois véritablement épidémique, de son origine saisonnière, et de la coexistence fréquente avec d'autres affections telluriques, telles que la malaria et la fièvre typhoïde.

Il faut encore faire rentrer dans le groupe des infections biliaires primitives, toute la série des ictères à allure grave, accompagnés de phénomènes adynamiques profonds, de troubles du système nerveux et parfois d'hémorrhagies répétées qu'on rencontre chez les surmenés et les jeunes recrues non rompues aux dures fatigues du soldat (épidémies de Gaillon, de Lille, etc.); chez les ivrognes etc.; toutes conditions morbides prédisposant aux perturbations digestives et à l'absorption des toxines intestinales.

Il en est de même de cet ictère polycholique à rechûte dont on a voulu faire une entité morbide sous le nom de maladie de Weil. Dans une précédente revue (Voir *Rev. de Cliniq. et de Thérap.* n° 37, 12 septembre 1889) nous avons montré que sous ce nom, on avait groupé à tort un certain nombre d'ictères à évolution grave, dont l'origine et la nature étaient très dissemblables: typhus endémique bilieux de Griésinger, typhus récurrent bilieux, intoxication par des viandes gâtées (garçons d'abattoir, bouchers), ou par des matières animales fermentées (vidangeurs); quelle que soit d'ailleurs la nature de ces différents ictères infectieux, ils présentent tous un point commun de ressemblance, c'est leur origine microbienne ainsi que l'ont montré Hava et Girode.

Dans les ictères graves que nous venons de signaler, les altérations des voies biliaires ne dépassent pas, le plus souvent, l'état inflammatoire et catarrhale, mais il est encore d'autres infections biliaires primitives aiguës, où le processus morbide est plus profond; on peut alors rencontrer des angiocholites suppurées (Bouchard, Charrin) et même de véritables abcès aréolaires du foie (Chauffard). Dans ces foyers de suppuration, ces auteurs ont toujours rencontré des microbes, tantôt le streptocoque, tantôt le bacterium coli commune.

2° Nous n'insisterons pas sur les *infections biliaires aiguës secondaires*; ce sont principalement celles que nous avons étudiées au début même de ce travail, c'est-à-dire la lithiase biliaire et le cancer des voies biliaires. Dans ces cas, nous l'avons dit, la voie de pénétration des agents microbiens est une ulcération, une perte de substance, une simple éraillure de la muqueuse, par l'action mécanique d'un calcul, l'irritation ou la fonte d'un nodus cancéreux. L'infection se fait d'autant mieux qu'à l'état physiologique le duodénum est le siège de nombreux microbes. Rappelons que dans ces infections secondaires, les agents infectieux qu'on a rencontrés sont principalement le bactérium coli commune, le streptocoque, les staphylocoques blanc et doré.

La fièvre typhoïde est également une cause d'infection biliaire secondaire; le fait est bien connu depuis longtemps en clinique: Louis, dès 1841, Andral, Leudet et d'autres ont signalé l'apparition de la cholécystite dans la dothiénentérie. Cependant la pathogénie de l'affection restait inconnue, nous savons maintenant qu'on a pu l'expliquer dans quelques cas, par la présence du bacille d'Eberth.

3° Un troisième groupe comprend les *infections biliaires chroniques*; les développements dans lesquels nous sommes entrés plus haut au sujet de la cirrhose hypertrophique avec ictère de Hanot, qui répond exactement à ce type, nous dispenseront d'entrer dans de plus longs détails à ce sujet.

Quelle est la *conclusion pratique* de ces recherches nouvelles, si importantes à bien connaître pour établir le pronostic de certaines affections du foie? C'est qu'il importe de prévenir l'envahissement des voies biliaires par les microbes immigrés de l'intestin. Dans ce but, l'antisepsie intestinale s'impose au plus haut point; on la mettra donc en œuvre énergiquement par les moyens que nous possédons.

On s'adressera à nos agents antiseptiques habituels: à la naphtaline ou mieux au naphtol B associé aux salicylates de bismuth ou de magnésie, au salol, à la poudre de charbon, à l'iodol, aux sels de quinine, à l'acide salicylique, à la résorcine, substance de la série aromatique, dont le pouvoir antifermentescible paraît bien démontré.

Dr E. Barié
Médecin des hôpitaux de Paris

THÉRAPEUTIQUE LARYNGOLOGIQUE

Des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal

Les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, résultat de l'hypertrophie de la tonsille pharyngienne, sont bien plus fréquentes qu'on ne le croit généralement. Elles

Digitized by Google

peuvent causer des accidents sérieux, surtout du côté de l'appareil de l'audition. Comme, d'une part, leur diagnostic est facile, et que, de l'autre, le traitement est simple et d'une efficacité certaine, il est indispensable que le praticien sache reconnaître à temps la présence de ces tumeurs. Il pourra rendre ainsi aux malades un service sérieux.

Ne traitant cette question qu'au point de vue pratique, je crois inutile d'insister sur l'anatomie pathologique bien étudiée par le Dr Chatellier (1). Quant à *l'étiologie*, Chatellier pense que les vraies causes de l'hypertrophie de la tonsille pharyngienne sont les inflammations répétées et subaiguës survenant, dans le jeune âge, chez un sujet prédisposé. D'après cet auteur, l'hypertrophie des follicules disséminés (angine glanduleuse) coïncide très souvent avec celle des follicules agminés (tumeurs adénoïdes).

Pour Moldenhauer (2), les influences climatériques semblent jouer un certain rôle dans le développement des tumeurs adénoïdes, car on les rencontrerait bien plus souvent dans les régions froides et humides que dans les contrées du midi. Bien que cette opinion ait rencontré des contradicteurs, on peut l'accepter comme exacte d'une façon générale. C'est ainsi que, dans l'Inde, les végétations adénoïdes du pharynx nasal sont inconnues.

Mais je crois utile d'insister surtout sur la *symptomatologie*, car il faut bien reconnaître que beaucoup de praticiens sont peu familiers avec elle et laissent se développer des tumeurs qu'ils pouvaient diagnostiquer à temps avec un peu de soin et d'attention.

D'une facon générale, on peut dire qu'on trouve, chez les malades atteints de tumeurs adénoïdes, les symptômes qu'on observe toutes les fois qu'il y a obstacle au passage de l'air par les voies aériennes supérieures. Ces symptômes sont d'autant plus accusés qu'à l'âge où on observe le plus souvent la maladie, la cavité naso-pharyngienne est peu spacieuse. En général, on constate que la respiration nasale est diminuée, quelquefois même supprimée. Le malade ne peut respirer que par la bouche, d'où une suite de complications qui ont été étudiées avec le plus grand soin par Chatellier.

Le malade est facilement essoufflé. Un symptôme presque constant, c'est le ronflement pendant le sommeil. Parfois les jeunes enfants se réveillent en sursaut, couverts de sueur, en proie à une vive agitation, puis ils se rendorment pour se réveiller de nouveau. Pour Chatellier, les sueurs profuses, pendant la nuit, sont un des symptômes les plus fréquents et les plus pénibles de la maladie. Cet auteur insiste sur la gravité des accidents quand l'enfant est à la mamelle. Il est sans cesse obligé de quitter le sein pour respirer. Dans les cas extrêmes, l'enfant ne peut absolument pas téter.

D'après Grancher, quand le malade atteint de tumeurs adénoïdes respire la bouche ouverte, on trouve, à l'auscultation, le murmure vésiculaire doux, ample, normal. Mais, dès que la bouche est fermée, le murmure devient obscur et voilé.

(1) Maladies du pharynx nasal. Paris 1890.
(2) Traité des maladies des fosses nasales. 1888.

Signalons encore l'altération de la phonation. Quand les tumeurs adénoïdes remplissent la voûte pharyngée, les ondes sonores ne peuvent aller résonner dans le diverticule nasal et y produire les harmoniques qui donnent au son le timbre nasal. AN devient A ; *maman* devient *mama*. C'est donc l'opposé de ce qu'on observe dans la paralysie du voile du palais où tous les sons buccaux deviennent nasaux et où *papa* devient *panpan*. (Chatellier).

Les malades atteints de tumeurs adénoïdes ont presque toujours en même temps de la pharyngite granuleuse ou glanduleuse. On observe, chez les uns, des déformations de la face caractéristiques et qui ont été décrites avec le plus grand soin par Chatellier. L'enfant a la bouche demi-ouverte, la lèvre supérieure très grosse, ce qui lui donne l'air inintelligent. Plus tard, la lèvre supérieure, qui subit un arrêt de développement, ne recouvre qu'incomplètement les incisives supérieures. Presque toujours les pommettes sont aplaties, les yeux à fleur de tête. La région du maxillaire inférieur paraît très développée. Le nez est diminué de volume. La voûte palatine présente la forme en ogive bien connue. Les arcades dentaires supérieures sont, en général, très rapprochées.

D'après Lœwenberg, l'influence nocive des tumeurs adénoïdes sur l'appareil de l'audition s'exerce de deux façons : 1° elles entretiennent dans le pharynx une irritation qui se propage à l'oreille moyenne ; 2° elles obstruent mécaniquement l'ouverture de la trompe d'Eustache. Aussi voit-on se produire fréquemment l'otite moyenne uni ou bilatérale, l'épaississement de la membrane du tympan, sa transformation fibreuse et enfin la surdité.

Le *diagnostic* des tumeurs adénoïdes est facile. Quand un malade, enfant ou adolescent, présente une partie ou l'ensemble des symptômes que je viens de passer rapidement en revue, on est en droit d'affirmer presque l'existence de ces tumeurs. Mais on ne peut se contenter d'une simple présomption ; il faut au médecin la preuve réelle. Rien n'est plus facile. Nous avons à notre disposition deux moyens : le toucher digital, l'examen rhinoscopique.

Le premier moyen qui est à la portée de tout praticien est simple et donne des indications précises. Pour le mettre en pratique, on fait placer l'enfant entre les jambes d'un aide qui le maintient solidement, au besoin même le médecin le met entre ses jambes. On fait ouvrir largement la bouche et on introduit entre les arcades dentaires le manche d'un instrument ou un morceau de bois, pour éviter d'être mordu. Cela fait, le doigt est glissé rapidement au fond de la bouche, il écarte le voile du palais et, quand il y a des tumeurs adénoïdes, il constate que le pharynx nasal est rempli par une masse molle dont l'ongle détache facilement un fragment. Le doigt permet de constater que cette masse descend de la paroi supérieure du pharynx nasal. On s'assure en même temps de l'étendue de cette tumeur ; il est indispensable de s'assurer si elle recouvre les orifices tubaires. Inutile de dire que, avant l'exploration, le doigt sera désinfecté avec soin.

Digitized by Google

L'examen rhinoscopique demande plus d'habitude et d'expérience. Aussi ne m'y arrêterai-je pas. En effet les spécialistes n'ont que faire de mes conseils et le médecin inexpérimenté ne pourra jamais avec eux arriver à rien de sérieux. Mais le toucher digital suffit ; il est à la portée de tous. Un médecin qui laisse sans traitement des tumeurs adénoïdes est donc inexcusable.

Le *traitement* de ces tumeurs est simple. On peut procéder de plusieurs façons. Dans le plus grand nombre des cas, on peut se servir de la curette de Gottstein, modifiée par Beehagne. Rien de plus facile que le manuel opératoire. On déprime la langue du malade avec un abaisseur ; on introduit rapidement la curette en arrière du voile du palais, on porte le dos du couteau de la curette sur le bord de la cloison et on le fait cheminer jusqu'à la voûte pharyngienne. Cela fait, par un mouvement brusque, on fait décrire à la partie tranchante un arc de cercle en appuyant solidement le couteau sur la voûte du pharynx Il s'écoule une plus ou moins grande quantité de sang et le malade crache sa tumeur. Parfois celle-ci tient encore par un mince pédicule. On le saisit avec une pince et on sectionne ce pédicule. L'hémorrhagie s'arrête d'elle-même.

On peut encore se servir de la pince tranchante de Lœwenberg. Une fois la langue abaissée, on introduit la pince fermée en arrière du voile du palais. On la porte ensuite au contact de la voûte. Pour cela, avec la main gauche, on exerce une pression sur le bord inférieur des pinces, tout près de la bouche, *sans abaisser la main droite*. Si on ne prenait pas cette précaution, la pince basculerait et on pourrait blesser la cloison. Une fois la pince fixée, on ouvre les mors ; puis on rapproche les branches et, par un mouvement de torsion, on détache la portion de tumeur saisie.

Cette opération est souvent suivie d'une hémorrhagie très abondante. Il faut revenir plusieurs fois à une intervention, en laissant au malade un repos de cinq jours entre chaque opération. Aussi, pour le praticien, le procédé que j'ai donné au début est-il préférable. L'opération avec la pince reprend ses avantages quand on soumet le malade au chloroforme.

Dans ce cas, le malade bien endormi, on introduit par le nez jusque dans la bouche un tube de caoutchouc conduit par une bougie uréthrale en gomme. On saisit la bougie, dans la bouche, avec une pince et on entraîne le caoutchouc qui est tendu et noué par un nœud simple sur la lèvre supérieure. On relève ainsi complètement le voile du palais. La bouche est maintenue ouverte avec un corps dur placé entre les mâchoires. L'opérateur réfléchit dans le pharynx, au moyen du miroir frontal, la lumière d'une forte lampe. Il abaisse la langue, introduit la pince et agit comme je l'ai dit plus haut. Avec le doigt, il s'assure s'il reste des morceaux de tissu adenoïde et il les extirpe. Quand il n'y en a plus, on dénoue le caoutchouc. Si le malade est réveillé, on le fait se moucher, pour arrêter le sang. S'il dort encore, on fait une insufflation nasale avec la poire de Politzer.

Ce procédé est radical, mais, dans la pratique courante, le médecin peut se contenter du premier moyen que j'ai décrit. Il est facile, n'exige qu'un aide, n^e demande pas de chloroforme et donne des résultats en général très satisfaisants.

Dr F. Roux.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

I. *Le placenta prævia total.* — II. *Le pouls vaginal.* — III. *Des rapports de l'endométrite avec la grossesse et l'accouchement.* — IV. *De la petitesse de la tête fœtale et de son rôle dans les dystocies.*

I. **Le placenta prœvia total.** — On sait que l'insertion vicieuse du placenta comprend plusieurs variétés. Dans la moins grave et la plus fréquente, le bord placentaire le plus voisin de l'orifice interne du col en est encore éloigné de quelques centimètres : c'est la *variété latérale* dont la symptomatologie est si distincte des autres, que beaucoup d'auteurs ne la rangent pas parmi les insertions vicieuses. Lorsqu'un bord placentaire affleure l'orifice interne, il y a *insertion marginale*. Si quelques cotylédons périphériques recouvrent cet orifice, on a affaire à l'insertion *partielle* ; c'est-à-dire qu'au moment où la dilatation sera suffisante pour permettre l'expulsion ou l'extraction du fœtus, on trouvera à la fois dans l'aire de l'orifice et des cotylédons et des membranes ; le col sera *partiellement* occupé par du placenta Enfin, une dernière variété est celle dans laquelle le centre du placenta répond approximativement à l'orifice interne fermé pendant la grossesse ; c'est *l'insertion centrale ou totale* ; c'est-à-dire qu'à la dilatation complète ou presque complète, on ne sent dans l'aire du col largement ouvert que des cotylédons placentaires qui la recouvrent totalement.

Cette dernière variété est rare, elle est même niée par certains accoucheurs.

Le hasard m'a procuré l'occasion d'observer depuis 1887 quatre cas d'insertion centrale ou totale du placenta. Tous les quatre se sont terminés par la mort et les autopsies ont été faites ou vues par moi. Le premier appartient à M. le Dr Meygrier ; le second à M. le Dr Budin et il a du reste été publié dans les comptes-rendus de la Société obstétricale et gynécologique. Les deux derniers se sont présentés à la Clinique de la rue d'Assas, dans le service de M. le Dr Tarnier. Ces maîtres ont bien voulu m'autoriser à publier leurs observations. Elles feront partie d'un travail qui paraîtra prochainement, et pour lequel je prends date par cet article.

M'appuyant sur cette base solide, j'ai cherché et trouvé d'autres faits qui me semblent indiscutables et dès aujourd'hui je suis en mesure de poser les conclusions suivantes :

L'insertion vicieuse, dite centrale ou totale du placenta existe.

Cette variété est certainement la plus rare de toutes ; elle l'est peut-être moins qu'on ne croit.

En tous cas, elle est extrêmement grave et pour le fœtus et pour la mère.

Le meilleur traitement, celui du moins qui paraît compromettre au minimum l'existence de la femme, est le tamponnement du vagin.

Digitized by Google

II. Le pouls vaginal. — Chez une femme enceinte, on sent par le toucher des pulsations au fond du vagin ; ces pulsations sont isochrones aux battements du pouls radial. Aussi ont-elles reçu le nom de *pouls vaginal*. Bien connu depuis Osiander qui lui a donné son nom, il n'a pas été localisé d'une façon précise.

Sans doute, on peut le sentir en différents points du vagin, mais très communément, c'est au fond de ce conduit et au voisinage des culs de sacs latéraux qu'il est le plus marqué. Chez une primipare où la tête fœtale s'engage dn bonne heure, on sent rouler sous le doigt et contre le plan résistant formé par l'extrémité céphalique deux cordons dirigés de chaque côté, d'arrière en avant et de dehors en dedans ; ce sont les uretères à la recherche desquels il est parfois facile de procéder. Il suffit d'employer le moyen indiqué par Sœnger : longer d'abord l'urèthre, puis chercher en dehors et en arrière de son extrémité postérieure, c'est là en effet qu'on a le plus de chances de percevoir le cordon aplati, large de 5 millimètres environ, et qui est la terminaison de l'uretère. Or, c'est suivant la même direction, et dans le même point qu'on rencontre le maximum du pouls vaginal.

Des recherches anatomiques faites sur des femmes ayant succombé peu après l'accouchement, montrent que tout le long de l'uretère, dans sa portion pelvienne, rampent des vaisseaux sanguins assez volumineux.

Il est vraisemblable que les artères de ce faisceau sont le siège du pouls vaginal. D'autant plus qu'elles participent à l'hypertrophie que la grossesse fait subir à l'appareil vasculaire de la région.

III. Des rapports de l'endométrite avec la grossesse et l'accouchement (1). — « L'inflammation de la muqueuse utérine peut apparaître pendant la grossesse ; si elle existait antérieurement, elle peut s'accroître sous son influence.

» Elle revêt des formes anatomiques analogues sur le col et sur le corps de l'utérus.

» Les endométrites du corps de l'utérus gravide sont aiguës ou chroniques, légères ou graves.

» Légères, elles ont fort peu de retentissement sur la gestation. Graves, elles sont de nature à en interrompre le cours par l'avortement ou l'accouchement prématuré.

» Les endométrites aiguës sont surtout marquées par des hémorrhagies et par un avortement plus ou moins rapide.

» Les endométrites chroniques présentent comme symptomatologie (pendant la grossesse), à des degrés plus ou moins prononcés : 1° l'hydrorrhée ; 2° les hémorrhagies ; 3° l'élimination de morceaux de caduque ; 4° les douleurs utérines.

» Les femmes qui ont présenté ces phénomènes pendant leur grossesse et qui accouchent à terme, sont sujettes à avoir des adhérences anormales de placenta et des membranes.

» La caduque malade est souvent retenue dans la cavité utérine, soit après l'avortement, soit après l'accouchement, lors même que le délivre a été spontanément expulsé, lors même que le fœtus est né vivant.

» Cette rétention de caduque peut être suivie d'hémorrhagie ou d'accidents infectieux. Elle doit être traitée par les moyens antiseptiques ordinaires et au besoin par l'intervention chirurgicale, sous la forme de curettage de la cavité utérine. »

Telles sont les conclusions du travail de M. Roy. Il y a en somme, dans cette thèse, deux parties distinctes ; la première est une sorte de revue rapide, montrant les divers accidents qui, pendant la grossesse, peuvent avoir des relations avec l'endométrite. L'étude de l'hydrorrhée déciduale et des pertes de sang qui la compliquent parfois est un des points importants de la thèse. Notons dans ce chapitre un signe nouveau indiqué par M. le Dr Bonnaire et qui permet de savoir si le liquide hydrorrhéique vient de la caduque ou de l'intérieur même de l'œuf : si, en dehors des signes classiques de l'hydrorrhée, le ballottement fœtal est nettement conservé, c'est que les membranes de l'œuf sont intactes et que le liquide épanché ne vient pas de l'amnios.

L'avortement ou l'accouchement prématuré ne sont pas des entités morbides ; ce sont des symptômes ressortissant à l'endométrite lorsqu'une cause infectieuse s'est manifestée. Telle la syphilis qui amène l'expulsion prématurée du produit de conception soit par la mort du fœtus dans la cavité utérine, soit par l'altération directe de la caduque ; dans ce dernier cas, le fœtus est expulsé vivant, et il y a rétention de la muqueuse comme dans le premier.

Au moment du travail, la dilatation du col est susceptible d'une certaine lenteur si la caduque malade empêche les membranes de se décoller et d'irriter le segment inférieur.

Dans une deuxième partie, plus neuve et plus personnelle, M. Roy traite de la rétention de la caduque malade après la délivrance. Cette rétention, moins grave que celle du placenta, est cependant plus sérieuse que celle des autres membranes. Elle est capable de donner lieu à des hémorrhagies tardives et à une variété particulière d'infection par putréfaction des débris retenus. L'examen du délivre aura montré l'intégrité du placenta, de l'amnios et du chorion, en même temps que l'altération et l'épaississement de la caduque, dont une partie seulement a été rendue. En cas d'accidents, les injections intra-utérines sont tout à fait indiquées, et si elles ne suffisent pas, il faut recourir au curettage par les procédés ordinaires.

IV. — De la petitesse de la tête fœtale et de son rôle dans la dystocie (1). — Pour M. Dreumont, « toute tête d'enfant arrivé à terme est considérée comme petite quand ses différents diamètres sont environ ceux d'une tête de huit mois ».

Ainsi comprise, « la petitesse de la tête fœtale s'observe dans la proportion de 27 0/0.

« Les complications de toute nature dues à cette petitesse s'observent dans les proportions de 4,6 0/0.

(1) Roy (*Thèse de Paris*, 1891).

(1) Dreumont. (*Thèse de Paris*, 1891).

Digitized by Google

« Les complications se décomposent de la façon suivante :

« Expulsion anormale, enclavement ;

« Présentations rares, et, en particulier, présentation du front ;

« Déchirures du périnée par expulsion trop rapide, perforation centrale ;

« Procidence simple ;

« Procidences complexes ;

« Engagement simultané des présentations et procidences diverses dans les accouchements gémellaires ;

« Le diagnostic d'une petite tête fœtale peut et doit être fait ; car, dans certains cas de rétrécissement du bassin, il rend inutile la provocation de l'accouchement ».

M. Dreumont préconise, pour reconnaître si la tête est petite, le palper mensurateur. Cependant il reconnaît lui-même que de le palper mensurateur ne cherche pas à déterminer le volume exact de la tête mais le rapport qui existe entre cette tête et les diamètres du bassin qu'elle doit traverser. Il s'agit de savoir ici non pas si la tête peut passer, mais si elle a des diamètres plus petits qu'à l'état normal. Le problème est difficile. Le toucher est encore le meilleur mode d'investigation. On appréciera la mobilité, le peu d'étendue de l'extrémité céphalique ; souvent le chevauchement des pariétaux, et leur faible degré d'ossification ; enfin si la tête est petite, mais solidement ossifiée, on aura encore quelques données en cherchant si la distance qui sépare les deux fontanelles antérieure et postérieure paraît grande ou non. Le toucher manuel rendrait des services. Il permettrait d'apprécier mieux ces distances et de reconnaître avec plus de précision si l'angle formé par les deux branches de la suture lambdoïde est largement ou faiblement ouvert.

Dr Demelin.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

MÉDECINE

Les lésions artérielles dans le tic douloureux, par M. C. Dana. — Malgré le petit nombre de ses observations, l'auteur admet que dans cette affection on constate les lésions suivantes, auxquelles il attribue une importance pathogénique considérable (*Med. News*, 16 mai 1891) :

Le tic douloureux apparaît à une époque de la vie où les lésions artérielles sont fréquentes. Il a pour siège le nerf maxillaire interne, dans la portion qui est irriguée par l'artère carotide externe et par l'artère dentaire inférieure. Dans cinq autopsies, trois fois les vaisseaux ont été examinés et trois fois on a constaté les lésions artérielles. Enfin, *naturam morborum, curationes ostendunt*, les meilleurs bénéfices ont été obtenus par l'administration de médicaments vasculaires : la nitroglycérine, l'aconit et l'iodure de potassium.

M. Dana déclare donc qu'à son avis, la plupart des cas de tic douloureux sont dus a une artérite oblitérante des artères sous-orbitaire ou dentaire inférieure, branches terminales de la carotide externe. S. R.

Des rapports entre les troubles fonctionnels du cœur et les affections abdominales, par M. S. Taylor et M. Symons Eccles. — Dans un travail fort complet, M. Taylor analyse quinze observations dans lesquelles ces phénomènes sont relatés et qu'il divise en deux groupes cliniques (*The Practitioner*, juillet 1891) :

1° Palpitations, tachycardie. Il s'agissait de malades porteurs de reins mobiles, de tumeurs utérines, d'hypertrophie prostatique et de cystite chronique. Leurs troubles cardiaques étaient dus a l'irritation du sympathique avec reflexes, par l'intermédiaire des centres cérébro-spinaux, sur les nerfs accélérateurs du muscle cardiaque.

2° Brachycardie et tendance aux syncopes. Il s'agissait de convalescents de fièvre typhoïde ; de malades atteints de cystites chroniques, de dysentérie chronique et de fibromes utérins. Le mécanisme des accidents ici encore est le même.

M. Eccles a souvent observé un rapport entre les cardiopathies et des lésions organiques ou fonctionnelles de l'abdomen. (*The Lancet*, 18 juillet 1891).

Il cite aussi des cas de reins mobiles et des accès de tachycardie survenant à l'époque menstruelle. Les malades succombèrent. Il signale ces faits pour fixer l'attention et recommander, dans les cas de troubles fonctionnels du cœur, d'explorer avec soin les organes abdominaux. Il y a là en effet une cause fréquente d'erreurs de diagnostic. S. R.

Des épanchements pleuraux fétides, par M. A. James. — Sous ce titre l'auteur réunit :

1° Les épanchements fétides par gangrène du poumon et de la plèvre ;

2° Ceux qui le deviennent par libre accès de l'air ou de matières putrides ;

3° Ceux qui réunissent ces deux conditions : gangrène du poumon, pénétration de matières putrides (*The Edinburgh med. Journ.*, juillet 1891).

L'auteur a trouvé ces épanchements aussi bien chez les enfants que chez l'adulte, plus souvent chez l'homme que chez la femme, plus fréquemment chez les alcooliques. Il préconise comme traitement l'incision large avec drainage, pratiquée le plus tôt possible. Le point d'élection, variable suivant les cas, sera le plus souvent mieux déterminé par une ponction exploratrice. Mais en règle générale l'incision sera pratiquée dans le septième ou le huitième espace intercostal. Pour les pansements consécutifs on lavera la plèvre avec des antiseptiques (solution boriquée). P. C.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'arthrite rhumatismale chronique, par M. Symons Eccles. — L'auteur désigne par arthrite rhumatismale toutes les affections articulaires présentant les caractères classiques avec douleur, impotence fonctionnelle, mais sans rougeur, sans élévation de température et sans suppuration (*The Practitioner*, août 1891, n° 278).

Le traitement convenable consiste dans le massage, la galvanisation et les exercices passifs et actifs.

Le massage peut être employé dans tous les cas, même avec douleurs et gonflement de l'articulation, atrophie musculaire et tuméfaction. Il est pratiqué pendant quelques minutes plusieurs fois par jour. Les frictions seront centripètes et la pression augmentera graduellement, appliquée autant que possible au foyer même de l'affection.

Concurremment, on soumettra l'articulation à la galvanisation continue, en appliquant, sur le point le plus rapproché de l'articulation et sur sa face opposée, deux électrodes de dimensions connues et un courant variant de dix à cinquante milliampères pendant dix ou vingt minutes chaque jour en alternant avec des courants voltaïques.

L'exercice passif de l'articulation sera pratiqué autant que possible en prenant soin de causer le moins de douleur que l'on pourra au patient. P. C.

Digitized by Google

Traitement de la coqueluche par les pulvérisations, par M. E. Schmid. — L'auteur a retiré de bons résultats en traitant ses malades avec une solution d'acide phénique, de menthol et de cocaïne associés dans les proportions suivantes :

Acide phénique	0 gr. 30
Solution de menthol à 4 0/0	24 gr.
Solution de cocaïne à 3 0/0	12 gr.
Glycérine	11 gr.
Eau de laurier-cerise	90 gr.

En pulvérisations; une pulvérisation toutes les trois heures et au besoin plus fréquemment. (*Med. Record* 13 juin 1891).

S'il s'agit d'un enfant, on devra le faire tenir par une ou plusieurs personnes et ne pas s'arrêter au commencement de syncope qu'il éprouve pendant une vigoureuse pulvérisation. Le bout du pulvérisateur doit être introduit aussi loin que possible dans la bouche du patient. Quelquefois, on observe une recrudescence de la toux après les premières pulvérisations, ce qui pourra faire répudier ce traitement par les parents. C'est pourquoi on doit les persuader de l'importance qu'il y a à persévérer.

L'auteur déclare avoir obtenu, par ce mode de traitement, des résultats supérieurs à tout autre. Il doit, à notre avis, être employé avec quelques précautions, car il ne semble pas exempt de tout inconvénient, en raison des doses prescrites.

P. C.

De l'influence du menthol sur les fonctions gastriques, par M. Vladimirsky (N.-A.). — Au moment où l'emploi thérapeutique de cette substance devient vulgaire, les recherches de M. Vladimirsky offrent un réel intérêt. Administrant le menthol, à la dose de 30 centigrammes à 1 ou 2 grammes, à sept individus âgés de 24 à 32 ans, et en bon état de santé, il a constaté les faits suivants (*Saint-Petersburg. Dissert. Inaug.*, 1891, n° 77):

1° Sous l'influence du menthol, une diminution quantitative de l'acide hydrochlorique du suc gastrique, dont le maximum se produit après une heure ou une heure et demie;

2° La diminution de la puissance digestive de cette humeur, d'où le retard de la transformation des albumines en peptones; l'augmentation de la quantité relative d'acide lactique;

3° L'affaiblissement de la motilité stomacale; après une heure: au début, elle paraît accrue;

4° Le pouvoir d'absorption semble augmenté, mais cette augmentation serait en rapport avec l'action stimulante du menthol sur la circulation;

5° Contrairement aux affirmations de Koster, Rosenberg, Reichert, Braddon et Ossendowski, le menthol n'augmenterait point l'appétit;

6° A la dose de 1 et 2 grammes, il provoque des phénomènes toxiques, qui se traduisent dans l'espace de quatre ou cinq heures par un sentiment de langueur et par de la faiblesse générale. Ces phénomènes sont donc analogues à ceux que le camphre provoque.

S. R.

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

Le traitement de la douleur dans la sciatique

La révulsion était en honneur, chez les anciens, au début de la sciatique : ils apposaient des ventouses scarifiées ou des sangsues sur la région lombo-sacrée et au membre inférieur sur le trajet du nerf, ou successivement au pli de la fesse, à la sortie du bassin, sur la tête du péroné, à la partie externe du mollet, sur le dos du pied, des bandes longues et étroites d'emplâtre vésicatoire qu'ils entretenaient dans les cas graves avec de la pommade épispastique, espérant ainsi dériver à la peau la fluxion ou l'inflammation dont ils supposaient le nerf affecté. C'est aussi dans le même but de dérivation qu'ils employaient le vésicatoire ammoniacal et le vésicatoire au marteau; peut-être, toutefois, faut-il rejeter une part de leur effet utile sur l'intense douleur qu'ils éveillent, avec une brutale instantanéité, à la surface de la peau. Le vésicatoire, avec addition de poudre de morphine sur la plaie, est une acquisition plus récente de la thérapeutique que remplaçaient les lavements laudanisés.

Les applications méthodiques de chloroforme au niveau du nerf sciatique par le procédé de Dupuy (de Frenelle) produisent aussi une intense révulsion avec cette instantanéité d'action que l'on recherche quand on veut calmer des douleurs vives ; à cela s'ajoute leur puissante influence anesthésique. On peut en dire autant de celles de sulfure de carbone. Tous les jours, pendant quelques minutes, sept au plus, on appuie fortement, avec la main gantée, sur tous les points souffrants, des compresses rectangulaires de toile fine usagée qu'on a imbibées de chloroforme, jusqu'à ce qu'il en résulte non une vésication, mais une sensation de chaleur et de brûlure. On a vu des sciatiques céder en deux séances, et jamais on n'a dépassé douze.

Citons maintenant des procédés de révulsion à outrance: *la révulsion sur le siège du mal* par les frictions à l'essence de térébenthine ou à l'huile de croton jusqu'à l'eschare, les pointes de feu, la cautérisation transcurrente, les moxas, les cautérisations avec un pinceau de charpie trempé dans l'acide sulfurique, l'enveloppement de tout le membre dans la poix de Bourgogne (traitement du bourreau de Lyon) ou de certaines régions dans un emplâtre de nitrate d'argent à 1 pour 30, l'acupuncture; *la révulsion des tissus qui avoisinent l'origine du mal* par les injections dans la profondeur de la fesse d'une seringue de Pravaz d'eau salée à 1/100e ou 2/100e, d'alcool pur, de teinture d'iode ou de cantharides, de solution d'azotate d'argent à 1/10e ou 1/20e ou d'acide phénique à 1/50e; *la révulsion loin de l'origine du mal* par la cautérisation du pied au fer rouge dans l'espace interosseux qui sépare le 4e du 3e métatarsien, par la cautérisation — au fer rouge, comme les maréchaux-ferrants de la Corse, ou avec une pastille de pâte de Vienne (Lange, de Copenhague) — de l'hélix du côté de la sciatique, près de son entrée dans la conque, sur une étendue de 6 à 8 millimètres.

On avait bien aussi songé autrefois à la thérapeutique narcotique ou anesthésique. Trousseau introduisait tous les jours, au travers d'une plaie dans le tissu cellulaire entre l'ischion et le grand trochanter, deux ou trois pois médicamenteux contenant chacun 0 gr. 10 d'extrait de belladone ou de datura et 0 gr. 10 d'extrait d'opium. Dans un cas à notre connaissance cette pratique a été suivie du tétanos. Il vaut mieux recourir, — toutes les six heures à peu près contre les douleurs permanentes et chaque fois qu'on y est invité par les paroxysmes — à l'injection d'un à deux centigrammes de chlorhydrate de morphine ou de 1 gr. 25 à 1 gr. 50 de chloroforme anesthésique, en poussant l'aiguille à trois centimètres

Digitized by Google

de profondeur, perpendiculairement à l'axe postérieur du membre, vers le sommet de l'échancrure sciatique, de façon à déposer la solution dolorifuge près de l'émergence du nerf ou dans sa gaîne ; grâce à cette précaution on n'aura à redouter, de la part du chloroforme, ni gangrène, ni abcès. Les injections de chloroforme, comme aussi celles de morphine, échouent fréquemment chez les alcooliques, les neurasthéniques et les hystériques, alors on essaiera celles de sulfate d'atropine à 1/4 ou 1/2 mmgr., de nitrate d'aconitine à 1/2 mmgr. (Gubler), d'acide osmique à 5 mmgr., 1/2 ou 1 centigr., sans parler de celles au salicylate de soude ou à l'antipyrine à 0 gr. 50 qui, certes, n'ont pas fait merveille. Nous ne dirons rien des frictions avec des baumes dits sédatifs : s'ils ont quelque action favorable, ils la doivent à la rubéfaction de la peau qu'ils déterminent plutôt qu'à la pénétration par la peau du médicament analgésique.

Parmi les substances préconisées pour l'usage interne, il en est une, l'essence de térébenthine — antinévralgique par empirisme (Dujardin Beaumetz) — qui jouit d'une vogue méritée dans le traitement de la sciatique subaiguë. Elle se prescrit, en potion à prendre au moment des repas ou en lavement à la dose de 2 à 15 grammes par jour. Le médicament, qu'on ne saurait prescrire en capsules que si le mal comporte les faibles doses, est continué six ou huit jours, suspendu pendant quatre ou cinq, puis repris, et ainsi durant plusieurs semaines, s'il le faut, à la condition qu'il ne soit pas devenu trop irritant.

Les pilules de poudre et d'extrait de belladone, à 1/2 centigr. de chaque, conviennent dans les mêmes circonstances. Nous y ajoutons autant d'extrait de jusquiame et moitié autant d'extrait de datura.

Dans les sciatiques franchement aiguës nous nous sommes mieux trouvé du sulfate de quinine (0 gr. 60, 0 gr. 75, 1 gramme par jour) administré de la manière spéciale que l'on sait quand les douleurs sont intermittentes. Nous l'avons vu, dans la sciatique rhumatismale, amener la sédation plus sûrement et pour plus longtemps que le salicylate de soude (4 à 8 gr.), que l'antipyrine (2 à 4 gr.), que la phénacétine (1 à 3 gr.), que l'exalgine (2 à 5 doses de 0 gr. 20 en 24 heures). Les succès enregistrés par Rabuteau avec la narcéine (0 gr. 02 à 0 gr. 10 par jour en pilules) n'ont pas été contrôlés. L'antifébrine (2 à 4 doses de 0 gr. 25 dans la journée) nous a paru moins témoigner de son action nervine que dans la névralgie trifaciale.

D'après Geneuil et Sarda 20 à 30 centigrammes de solanine, en cachets ou pilules viendraient toujours à bout de la douleur, si ancienne fût-elle, même quand il y aurait névrite. Geneuil s'est aussi servi de la solanine pour panser les vésicatoires, et d'injections sous-cutanées de ce médicament. Une de mes malades, atteinte d'une sciatique névrite récidivante, n'a pas guéri par la solanine qui lui a procuré des nausées continuelles et de légers vertiges.

Naguère, on est revenu à la dérivation sous une forme nouvelle, dont les douches froides mobiles ou en âmes sur le trajet du membre, vantées par quelques-uns, donneraient une idée fort incomplète. Les médecins qui conseillaient l'enveloppement dans le sable chaud, les bains chauds prolongés ou ceux de vapeurs aromatiques, la sudation à étuve sèche, ne soupçonnaient guère que l'on traiterait un jour la sciatique en congelant légèrement le membre douloureux jusqu'à ce qu'il devînt blanc et dur comme pierre, avec le chlorure de méthyle en pulvérisations, lesquelles sont arrêtées aussitôt que le malade se plaint d'une sensation de brûlure. On obtient presque toujours la guérison en une séance, même quand la sciatique est de vieille date ou compliquée d'atrophie musculaire : les récidives cèdent chaque fois que l'on reprend les pulvérisations. Les échecs ne se chiffrent que par un cas sur dix tout au plus, et, chose intéressante, Dumontpallier et Raymond ont vu la sciatique guérir par les pulvérisations de chlorure de méthyle sur le membre non névralgié.

Ces pulvérisations étant onéreuses, on pourra les remplacer par celles d'éther avec le vaporisateur de Richardson tenu à quelques centimètres de la peau ; mais, cette fois, la cure exigera six à dix séances de 12 à 15 minutes, avec 200 grammes d'éther par séance.

Le massage et l'électrisation sont de précieux auxiliaires du traitement, surtout lorsque la douleur siège « dans les os », qu'elle est spontanée, non réveillée par la pression, que le nerf est au doigt explorateur augmenté de volume, que la peau et le tissu adipeux sont hypertrophiés, qu'il y a sur la cuisse ou la jambe des plaques de zona, des furoncles, des bulles de pemphigus, tous symptômes révélateurs d'une névrite sciatique.

Pour le massage, le malade étant couché sur le côté sain, on pratique de bas en haut sur sa cuisse et sa jambe légèrement fléchies le long des rameaux du nerf, tantôt avec les pouces, tantôt avec les éminences thénar et hypothénar, de fortes frictions, en percutant de temps en temps avec le poing ou en malaxant les muscles avec les dix doigts.

L'électrisation est faite le plus habituellement avec des appareils à courants continus à 50, 60, 65 éléments ; on place, pendant les paroxysmes, le pôle négatif sur les points fessier ou trochantérien et le positif sur les points douloureux excentriques (courants ascendants), et, en dehors des paroxysmes, le positif à la fesse ou à la région lombaire et le négatif à la cuisse, à la jambe, au mollet, sur la malléole externe (courants descendants). Non seulement les courants continus éteignent la douleur même de cause compressive, et permettent parfois au malade de marcher sans boîter après une séance de dix minutes, mais encore et surtout, en raison de leur action stimulante sur l'innervation musculaire, ils préviennent l'atrophie du membre et même ils en triomphent. Ebrard (de Nîmes) déclare obtenir les mêmes effets et la guérison « en 24 heures » avec un fer à repasser et du vinaigre : deux, trois fois dans la journée il chauffe le fer « assez pour que sa chaleur puisse vaporiser le vinaigre », et le recouvre d'un tissu de laine imbibé de vinaigre et l'applique *loco dolenti* ; « à force d'aller au feu le fer s'aimante, et si on ajoute un acide alors qu'il est chaud, l'électricité se produit et

Digitized by Google

l'on obtient les mêmes effets qu'avec une pile électrique ».

Adamkiewicz introduit du chloroforme dans un des électrodes creux pour la circonstance et fermé du côté de la peau par un capuchon de toile mouillée ; il estime que quand le courant continu est en fonction on peut porter au sein des nerfs superficiels l'anesthésique contenu dans cet électrode. Voilà, si cette opinion se confirme, un nouveau moyen d'en finir avec les points rotulien, péronéo-tibial, péronier, malléolaire, dorsal du pied ou plantaire externe quelquefois si réfractaires à notre intervention.

L'électrisation avec des appareils à courants induits très forts et à intermittences très rapides, le pôle positif placé à la racine du nerf et le négatif promené à la périphérie, est principalement réservée aux cas où, les éléments nobles du nerf sciatique étant étreints par la périnévrite, les courants continus sont devenus incapables d'éveiller le moindre mouvement dans les muscles du membre ; cependant, après l'avoir momentanément exagérée, elle calme aussi la souffrance et arrive, à elle seule, à parfaire la guérison.

Il en est de même de la fustigation électrique de Duchenne (de Boulogne), qui consiste à produire une très vive rougeur cutanée avec les balais négatifs d'un appareil induit à courant intense qu'on porte sur les régions douloureuses en frappant la peau préalablement desséchée avec une poudre absorbante, ou sur la racine de l'hélix.

On dirige plus particulièrement les rhumatisants atteints de sciatique vers les stations d'eaux très chaudes — sulfureuses (Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Aix-en-Savoie, Eaux-Chaudes, qu'on a remplacées à domicile par les saupoudrages de fleur de soufre sur le membre), — ou indéterminées ou chlorurées sodiques (Plombières, Bourbonne, Luxeuil, Néris, Bourbon-l'Archambault, Mont-Dore) : là ils sont soumis aux bains et aux douches qui paraissent aggraver la sciatique des goutteux.

Que de fois la douleur a résisté à ces traitements parce qu'on avait oublié d'attaquer la maladie causale ! d'attaquer le rhumatisme héréditaire ou éclos à la faveur d'une blennorrhagie par le salicylate de soude et l'iodure de potassium ; la goutte par la colchique ; la syphilis par les frictions mercurielles et l'iodure potassique ; le paludisme par la quinine et l'arsenic ; le diabète, ce facteur de la sciatique simple ou symétrique, par le régime et l'antipyrine ! Mais quelle n'est pas, à ce point de vue, notre impuissance contre la sciatique du début de la tuberculose pulmonaire (Peter)? Celle des variqueux (Quénu) n'est soulagée que par le décubitus dorsal et un bas élastique ; celle que provoquent les maladies de la moelle épinière et de ses méninges, du rachis, les compressions du nerf sciatique à son origine ou dans son parcours, est subordonnée à l'évolution même des lésions doloripares.

L'élongation sous-cutanée, l'élongation à ciel ouvert du nerf sciatique sont, l'une et l'autre, l'*ultima ratio* de la thérapeutique.

On opère l'élongation sous-cutanée en fléchissant fortement contre le tronc la cuisse du patient chloroformé, puis en étendant la jambe sur la cuisse jusqu'à ce que le gros orteil touche l'oreille. Le tiraillement que subit le nerf dans la région voisine de l'ischion est toujours suivi d'un soulagement plus ou moins durable.

Pour opérer l'élongation à ciel ouvert, on fait, au-dessus du creux poplité, une incision verticale de 0m15 jusqu'à l'aponévrose d'enveloppe du membre au niveau de l'interstice des muscles biceps et demi-membraneux, le bord externe de ce dernier muscle étant repoussé, on aperçoit le nerf sciatique qu'on charge sur un crochet et sur lequel on exerce à deux reprises une traction de 15 à 20 kilogrammes. On le repose ensuite au fond de la plaie qu'on draîne et suture. Cette méthode n'a pas toujours fourni le succès immédiat qu'on en attendait, et certaines expériences physiologiques font même appréhender, à titre d'accidents de cette élongation chirurgicale, la perte de sensibilité du membre et la myélite. Quant à la neurotomie, elle n'est applicable qu'aux rameaux nerveux superficiels.

Dr Ch. Liégeois.

REVUE DES LIVRES

Cours d'hygiène générale et pédagogique, par M. le Dr H. Kuborn (1 vol. in-8°, Bruxelles 1891, A. Manceaux).

Ce gros volume est destiné à développer l'enseignement de l'hygiène d'après le programme officiellement adopté par le ministre de l'instruction publique de Belgique, pour les élèves de l'Ecole supérieure des humanités. C'est donc à la fois un ouvrage d'éducation hygiénique et de vulgarisation scientifique en quarante sept leçons.

M. Kuborn y débute par les *notions préliminaires de chimie biologique*, nécessaires pour comprendre la constitution élémentaire du corps humain et le rôle physiologique de ses tissus et de ses humeurs. Cette introduction est complétée par l'*histoire de la cellule et des tissus*.

Une deuxième partie a pour objet l'étude des organes et de leurs fonctions par appareils : appareil locomoteur, nerveux, etc., etc. Ce sont des chapitres qui s'adressent aux profanes et non aux savants. Le médecin et l'hygiéniste de profession n'ont donc guère à y apprendre.

Il en est autrement des leçons consacrées à l'*Hygiène générale somatique*, et en particulier de celles où l'auteur traite des *âges*, des *idiosyncrasies*, des *modifications intrinsèques et extrinsèques de l'organisme*, etc., etc. Sous une forme à la fois attrayante et philosophique, notre éminent confrère belge donne aux lecteurs, comme il avait donné à ses élèves, des notions de pathologie, de pathogénie et de prophylaxie dont on ne saurait trop louer la valeur.

Enfin, une troisième et dernière partie a pour objet l'*hygiène psycho-morale et pédagogique*. M. Kuborn y plaide chaleureusement la cause de l'hygiène auprès des instituteurs en leur inspirant l'amour de cette science ; c'est, en effet, le meilleur moyen de la faire graduellement entrer dans les mœurs.

Le livre de M. Kuborn a donc une réelle originalité. Avec d'autres mérites et le nom estimé de son auteur, ces recommandations le feront utilement consulter, je pense, par tous ceux qui, à un titre quelconque, s'intéressent en tous pays à l'éducation scientifique de la jeunesse et à l'avenir de l'humanité.

Ch. Eloy.

Digitized by Google

La dyspepsie (la *dispepsia su semeiotica quimica y su terapéutica*), par M. le Dr Nicolas Rodriguez y Abaytua (Madrid, 1891, Nicolas Moyre).

Notre confrère espagnol a consacré ces conférences, qui ont été faites devant l'Académie médico-chirurgicale espagnole, à exposer la séméiotique chimique et les dernières acquisitions de la thérapeutique stomacale. C'est un bon résumé des idées nouvellement défendues, mais peut-être encore assez incomplètement justifiées. On verra, dans cette brochure, que les médecins espagnols se font un honneur de suivre et de contrôler attentivement les travaux les plus récents. On doit les en féliciter et s'en féliciter. S. N.

Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme, faites à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, par M. le Dr A. Pitres, professeur et doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux. (2 vol. in-8°, Paris 1891. O. Doin.)

En ouvrant ces deux gros volumes on éprouve un sentiment de curiosité . celui de savoir comment, éloigné et séparé définitivement de l'école de la Salpêtrière, celui qui en a été l'un des plus brillants élèves, étudie et apprécie la pathologie de l'hystérie. Eh bien! point de surprises : M. Pitres est un disciple fidèle. Observateur heureux, il a la bonne fortune de confirmer, par son expérimentation clinique, des faits et des doctrines qui ont, dans ces derniers temps, assuré la renommée de l'école dont il a été l'un des élèves de prédilection.

On comprend, après cela, combien une lettre-préface de M. Charcot se trouvait à son rang en tête de cet ouvrage et pour servir en quelque sorte d'introduction à ces belles et bonnes leçons.

Ces deux volumes ne constituent point — l'auteur le déclare avec une louable franchise, — un traité complet de l'hystérie et de l'hypnotisme. Une telle œuvre serait, à l'heure actuelle, prématurée, car, malgré ses progrès rapides, la neuropathologie n'a point encore dit son dernier mot. Dans ces pages, on trouve donc des études, des monographies, en quelque sorte le récit d'« épisodes » — le mot a été écrit et paraît exact — de l'histoire de la grande névrose. C'est déjà beaucoup. Qu'on en juge par les rubriques des principaux chapitres : *Etiologie de l'hystérie, Anesthésies hystériques, Agents esthésiogènes, Hyperalgésies hystériques, Zones spasmogènes, Tremblements, Mutisme, Contractures, Paralysies, Pseudotabes, Hallucinations, Troubles trophiques de l'hystérie, Traitement de l'hystérie, Hypnotisme, Zones hypnogènes, Suggestions hypnotiques, Variations de la personnalité, Automatisme ambulatoire, Délires hystériques, Zones idéogènes, Méfaits de l'hypnotisme*, etc.

Toutes ces questions de haute actualité font l'objet de soixante-cinq leçons et sont, sinon résolues, du moins éclaircies par des observations personnelles d'un réel intérêt. M. Pitres est clinicien, il l'écrit, et, ce qui vaut mieux, il le prouve. De plus, il n'oublie point la thérapeutique au profit de la clinique pure : voilà, ce semble, des mérites précieux qui, à eux seuls, suffiraient pour assurer à ces deux volumes de nombreux lecteurs. Mais ces mérites ne sont pas les seuls : il y en a d'autres, sur lesquels je n'insiste pas. A quoi bon? Il faut bien laisser à ceux qui parcourront ces livres le plaisir de les trouver en retournant chaque feuillet et de s'associer avec nous aux remerciements que nous adressons cordialement au savant auteur de ce bel ouvrage.

A ceux qui mettent en doute les ressources cliniques de certaines de nos Facultés de province, nous dirons en terminant : voilà, ce semble, une preuve manifeste des fruits que peut donner la décentralisation scientifique bien entendue. A l'heure actuelle, cette décentralisation est insuffisante; jugez quels en seront les résultats au jour heureux où, en vertu de la force acquise et de la marche du progrès, elle deviendra effective!

Ch. Eloy.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

LARYNGOLOGIE

I. **Anesthésie locale par l'antipyrine.** — M. Saint-Hilaire a utilisé cette propriété, découverte par Gley et Caravias. Elle paraît devoir rendre des services pour diminuer la douleur des ulcérations tuberculeuses. On pratiquera donc, chaque jour, trois ou quatre badigeonnages avec une solution d'antipyrine, titrée au moins à trente pour cent :

Antipyrine.....	5	grammes
Eau distillée.....	12	—

Les attouchements avec cette solution sont pénibles, mais la douleur est passagère. En les faisant précéder d'un léger badigeonnage cocaïnique, on les évite.

MÉDECINE

II. **Potion glycosique à l'iode.** — On connaît la difficulté d'administrer l'iode métalloïdique : odeur et saveur désagréables, instabilité des préparations, etc., etc. Il en est autrement, d'après M. Mann, quand on l'associe avec le sirop de glucose.

Voici une formule de cette préparation :

Iode métalloïdique purifié...	1	gramme
Iodure de potassium.....	5	grammes
Eau distillée.....	60	—
Sirop de glucose.....	180	—
Essence de gaultheria.....	5	—

Dose : pour un adulte, une cuillerée à soupe en mélange avec une petite quantité d'eau, dans l'intervalle des repas.

Si on veut administrer au malade une dose plus élevée d'iode, il convient plutôt d'augmenter le nombre des prises que la quantité du médicament. Autrement, la potion deviendrait sapide et odorante. On perdrait donc le bénéfice de ce mode de préparation. Ajoutons que l'iode, ainsi administré, remplace souvent avec avantage les iodures et les iodo-tannates.

III. **Un traitement de la dyspepsie buccale.** — Fréquente relativement chez les individus qui mangent rapidement, c'est la *dyspepsie des féculents*, la *dyspepsie amylacée*, ou, Mialhe l'avait bien dit, la *dyspepsie par défaut de mastication du bol alimentaire*:

1° Diététique. — Abstinence relative des féculents, mastication prolongée des aliments (Mialhe). Substituer les farines de légumes aux purées ordinaires. Peu de pain; préférer les viandes froides, rôties, grillées et privées de graisse.

2° Médication pharmaceutique. — Prescrire la diastase ou maltine, mais éviter l'administration simultanée des acides qui en suspendent l'action.

Faire ingérer la préparation de diastase: poudre, pastille sirop ou élixir, au commencement du repas.

Pastilles à la maltine.— Coutaret en a donné une formule, que fort utilement on modifiera ainsi :

Maltine.....	5	grammes
Bicarbonate de soude.....	2 gr. 50	
Magnésie calcinée.....	5	grammes
Sucre pulvérisé.....	q. s.	

Pour cinquante pastilles. — Dose : deux à trois.

Digitized by Google

Cachets de maltine:

Maltine.....	0 gr. 10 à 0 gr. 20
Bicarbonate de soude....	0 gr. 05
Magnésie calcinée.....	0 gr. 10

Pour un cachet. — Dose: un à deux cachets.

Sirop d'extrait de malt. — Il contient :

Extrait de malt.....	10 parties
Sirop simple.....	100 —

Dose. une à deux grandes cuillerées.

Vin de malt. — Il a été proposé par Duquesnel, qui l'obtient par l'association d'un vin de liqueur à un sirop de malt:

Extrait de malt.....	20 parties
Sirop simple..... } Vin de Frontignan, de Lunel ou de Malaga.. }	ãã 200 —

Dose: une grande cuillerée avant les repas.

Cette préparation convient chez les adultes; on préférera le sirop ou les pastilles dans la médecine infantile.

CH. E.

REVUE DES CONGRÈS

20e session de l'Association française pour l'avancement des sciences

(TENUE A MARSEILLE DU 17 AU 24 SEPTEMBRE 1891) (1)

I. *Quelques phénomènes dans la maladie des Graves.* — II. *Action cardiaque de l'extrait du cactus grandiflorus et de la cactine.* — III. *Action antiseptique des dérivés de la série aromatique.* — IV. *Traitement de l'angine diphtérique par le cyanure de mercure.* — V. *Pathogénie du diabète.* — VI. *La fausse méningite tuberculeuse hystérique chez les enfants.* — VII. *Atténuation de la tuberculose par le kristol violet.* — VIII. *Traitement de la tuberculose testiculaire par le naphtol camphré.* — IX. *Epididymo-vésiculectomie dans la tuberculose testiculaire.* — X. *Cure radicale de la hernie sans étranglement chez la femme.* — XI. *Pathogénie du cancer.* — XII. *Influence de la grippe sur le cœur.*

I. **Quelques phénomènes peu communs dans la maladie de Graves.** — MM. BOINET et BOURDILLON signalent dans l'étiologie l'absence de troubles nerveux ou menstruels et de chlorose, dans l'observation clinique quelques faits assez rares :

1° Tremblement généralisé même à la langue sans qu'il y eût d'alcoolisme, de paralysie générale ou d'hystérie.

2° Des mouvements choréiformes.

3° Des névralgies du trijumeau et du plexus brachial.

4° La parésie du bras droit dans un cas, des deux membres inférieurs dans un autre.

5° Une poussée d'ictère.

6° Des troubles gastriques accompagnés de vomissements et d'hématémèse.

Gautier (de Charolles) a rapproché cette cachexie du myxœdème qui suit la suppression du corps thyroïde; d'autres, de la maladie d'Addison. Peut-être pourrait-on attirer à ce sujet l'attention sur les ptomaines.

II. **Action cardiaque de l'extrait du cactus grandiflorus et de la cactine.** (2) — MM. BOINET et BOY-TEISSIER ont étudié ces médicaments dans des expériences de laboratoire et des expériences cliniques. Il résulte de leurs études que l'extrait de *cactus grandiflorus* augmente notablement l'énergie cardiaque Cet effet ne se soutient pas, mais se réveille par de nouvelles doses. Une injection de 8 à 10 centigrammes amène du ralentissement et de l'arythmie. La cactine excite de même l'énergie cardiaque. On peut en injecter de 1 à 10 milligrammes. Le cactus peut être employé comme tonique du cœur, à hautes doses, fréquemment répétées (120 gouttes de teinture), sans crainte d'accumulation, et notamment dans les lésions des valvules et du myocarde ainsi que dans les cardiopathies secondaires ou fonctionnelles.

III. **Action antiseptique de quelques dérivés de la série aromatique dans certaines maladies infectieuses.** — M. ROUX DE BRIGNOLES a administré, dans la variole, un gramme d'acide phénique par jour à l'intérieur, mais ce médicament était mal supporté. En lotions et bains, il a toujours donné de bons résultats. Le salol lui a été administré à l'intérieur. Le naphtol B est excellent dans les cas d'ulcère de l'estomac, de fièvre typhoïde, de dysenterie; mais le salol est préférable, à cause de son dédoublement en acides phénique et salicylique, et son élimination par le rein.

IV. **Traitement de l'angine diphtérique par le cyanure de mercure.** (1). — M. DE RUELLE, a obtenu de bons résultats en employant ce médicament à l'intérieur d'après la formule :

Cyanure de mercure.	0 gr. 05 centigr.
Alcool à 90°.....	8 gr.
Eau distillée	192 gr.

F. S. A. — A prendre : une cuillerée à café toutes les heures.

Le traitement doit être institué dès le premier jour, avant la généralisation.

M. de Ruelle ne dit point ce qu'il pense des scrupules que l'on éprouve d'ordinaire à mercurialiser les diphtériques.

V. **Pathogénie du diabète.** — De leurs expériences, MM. R. LÉPINE et BARRAL donnent les conclusions suivantes destinées à expliquer la pathogénie du diabète :

1° Un sang de chien normal perd, toutes choses égales, plus de sucre qu'un sang de chien privé de pancréas depuis vingt-quatre heures. Le sang normal possède donc quelque chose de plus que le sang de l'animal privé de pancréas.

2° Ce quelque chose est un ferment soluble que l'on peut extraire des globules blancs et qui est détruit à 55°c, tandis que le ferment saccharifiant ne l'est pas à 58°c.

3° La glycolyse étudiée *in vitro* avec du sang artériel est plus énergique chez l'animal sain que chez l'animal privé de pancréas. Elle l'est encore davantage chez l'animal chez lequel on a lié le canal de Wirsung.

4° Chez l'homme diabétique, la glycolyse du sang se trouve diminuée, résultat d'autant plus remarquable que, jusqu'à une certaine limite, elle est plus énergique quand la quantité de sucre est plus grande.

VI. **La fausse méningite tuberculeuse hystérique chez les enfants.** — M. OLLIVIER (de Paris) pense que, dans beaucoup de cas de guérison de méningite tuberculeuse cités dans les monographies spéciales, il y a eu erreur de diagnostic, étant donné la nature et la gravité de la maladie. Les accidents de dentition, les insolations, la syphilis héréditaire et surtout la fièvre typhoïde ont pu être prises pour des méningites. Il convient d'y ajouter la fausse méningite tuberculeuse de nature hystérique dont on parle peu et dont l'auteur rapporte un cas intéressant.

Donc, avant de déclarer que, chez l'enfant aussi bien que chez l'adulte, une affection grave du cerveau ou de la moëlle à forme méningitique qui a définitivement guéri était une méningite tuberculeuse, il est indispensable d'éliminer les fausses méningites de toute nature, celles de l'hystérie en particulier, que l'on n'a pas encore suffisamment approfondie.

VII. **Atténuation de la tuberculose par le krystol violet.** — M. BOINET, a fait des expériences sur la curabilité des

(1) Suite : voir n° 39, page 617.

(2) Voir à ce sujet : *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, n° 39, 1891, p. 611.

(1) Voir à ce sujet : *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, nos 26 p. 405, 27 p. 417, et 29 p. 453.

Digitized by Google

lésions tuberculeuses. Le krystol violet colore le bacille de Koch. Des expériences sur les animaux ont montré que les doses indiquées par Hermann pour la coloration de ces bacilles n'était pas toxique si on injecte sur le cadavre des cavernes avec le krystol violet et qu'on inocule aux cobayes ces produits atténués, le processus est considérablement ralenti.

Les ganglions tuberculeux dans lesquels on a pratiqué des injections interstitielles de krystol violet ont subi une rétraction remarquable et les résultats ont été très satisfaisants.

VIII. **Traitement de la tuberculose testiculaire par les injections de naphtol camphré.** — M. Reboul a, pendant le cours de ses études, ainsi traité trois malades. Il se produisit une amélioration très remarquable. Il a, cette année, traité deux malades par les injections interstitielles de naphtol camphré (V à VI gouttes dans les huit ou dix nodosites du testicule et de l'épididyme) et, au bout de peu de temps, on constatait une très notable amélioration. Le nombre restreint de ces observations ne permet pas d'être bien affirmatif sur les conclusions. Cependant, chaque fois que l'on doit se borner à un traitement palliatif, les injections interstitielles de naphtol camphré méritent d'être recommandées.

IX. **Epididymio-vésiculectomie dans la tuberculose testiculaire.** — M. Villeneuve a renoncé à la castration dans la tuberculose testiculaire.

Les résultats obtenus par le ráclage et la cautérisation au fer rouge sont aussi bons, accompagnés du traitement général palliatif. Quand l'épididyme seul est atteint, on peut l'enlever. Mais, comme d'après Lancereaux et Guyon, la tuberculose génitale commence presque toujours par les vésicules, on doit, s'il y a lieu, enlever cet organe, comme l'a fait Roux (de Lausanne), par voie périnéale. On ne doit faire la castration que pour l'orchite tuberculeuse ou pour le testicule tuberculeux estropié à l'anneau.

M. Verneuil rappelle qu'il s'est toujours opposé à la castration, aussi déplorable au point de vue moral qu'au point de vue chirurgical. La tuberculose n'était en effet jamais localisée au seul testicule, le traumatisme révèle les foyers latents et accélère la généralisation.

X. **Cure radicale de la hernie sans étranglement chez la femme.** — M. Lucas Championnière remarque que l'on ne s'est pas assez occupé de la cure de la hernie chez la femme, qui s'impose cependant encore plus que chez l'homme. Il en a opéré 39 sans étranglement. Dans les hernies petites ou de moyen volume, la réparation se fait complètement.

La hernie inguinale peut être opérée chez les jeunes sujets, qui peuvent dès lors se marier et qui ne souffrent plus. A part certaines cachexies, il n'existe pas de contre-indication, et l'auteur pense que chez tout sujet encore jeune la hernie doit être toujours opérée pour prévenir les dangers de la hernie et supprimer le bandage.

XI. **Pathogénie du cancer.** — M. Nepveu a surtout étudié les corps à fuchsine et les lésions des capillaires. Les corps à fuchsine finement granulés sont tantôt libres, tantôt réunis en petits amas. On les observe surtout dans les lymphatiques et le tissu conjonctif. Ils sont dus, ou bien à la destruction des globules rouges extravasés ou non, ou bien à la mise en liberté des noyaux prolifères des cellules blanches.

Etudiant ensuite les altérations des capillaires sanguins, l'auteur a observé l'exagération notable des globules blancs qu'ils contiennent, la karyokinèse, la prolifération des épithéliums vasculaires, les stases et nécrobioses de la masse sanguine et la multiplication des endothéliums de la paroi vasculaire qui font que le capillaire oblitéré devient un lobule avec ou sans fuchsine.

On peut donc reconnaître que les corps à fuchsine sont dûs surtout à la formation dans l'endothélium des lymphatiques et des capillaires de granulations spéciales.

XII. **Influence de la grippe sur le cœur et les cardiopathies.** — M. Henri Huchard, Pendant l'épidémie de 1889-1890, j'ai décrit pour la première fois, à la Société médicale des Hôpitaux, une *grippe cardiaque* caractérisée, pendant le cours de la maladie, par des accidents divers : phénomènes angineux, embryocardie, syncopes, ralentissement du pouls et tachycardie, collapsus et asthénie cardiaque, etc. Ces divers accidents relèvent de l'action de la grippe sur les artères du myocarde et sur le myocarde lui-même, sur l'innervation cardiaque, qui est profondément troublée par suite d'un véritable état parétique des nerfs pneumogastriques.

Mais il est un fait important que j'ai constaté également dans la grippe, et qui rend compte de l'aggravation des cardiopathies préexistantes par l'invasion de cette maladie, c'est la diminution parfois considérable de la tension artérielle. Elle contribue, en grande partie, à produire le « pouls instable » et l'embryocardie. Mais, comme cette hypotension artérielle survit à la maladie pendant un temps souvent très long et qu'elle est la cause la plus puissante de la rupture de compensation des cardiopathies, elle place celles-ci en imminence d'hyposystolie et d'asystolie. C'est là ce qui explique l'aggravation rapide et continue des cardiopathies valvulaires sous l'influence grippale, aggravation dont j'ai pu suivre les progrès jusque dans ces derniers temps. Du reste, le réveil ou l'aggravation des maladies chroniques par la grippe est un fait connu, mais il n'avait pas reçu jusqu'ici son explication pour les affections du cœur. Cette influence aggravante s'exerce encore sur les cardiopathies et néphrites artérielles, sur l'angine de poitrine, et j'ai rencontré des angineux chez lesquels les accès douloureux sont devenus beaucoup plus fréquents et plus graves depuis l'influenza. Stokes est le seul auteur ancien qui ait cité des faits semblables.

La grippe exerce son action, non seulement sur les nerfs, sur les vaisseaux du cœur et sur son muscle, mais aussi sur l'endocarde. Dernièrement, Pawinski (de Varsovie), s'inspirant de quelques-unes de ses recherches sur ce sujet, a décrit quelques faits d'*endocardite grippale*. Pour mon compte, j'ai observé trois cas d'*endocardite infectieuse* grippale. Sans doute, toutes les endocardites sont infectieuses, et je n'ai ici en vue que ces dernières. De leur côté, Oulmont et Barbier ont cité le fait d'une endocardite infectieuse à streptocoques sous l'influence de la grippe. Dans les trois cas que j'ai observés, il s'agissait d'affections aortiques anciennes qui se sont compliquées rapidement d'accidents infectieux et se sont terminés par la mort en plusieurs semaines. Ce fait ne doit pas nous surprendre; car, si le microbe de la grippe n'est pas encore trouvé, on sait que cette maladie est une sorte de rendez-vous de nombreux microbes (pneumocoque, staphylocoque, streptocoque, etc.), que les infections secondaires sont fréquentes à sa suite, et que l'endocardite infectieuse peut être ainsi une de ses principales complications, non pas seulement dans le cours de la grippe, mais aussi pendant sa convalescence. Et les cardiopathies préexistantes s'aggravent ainsi pour deux raisons principales : 1° parce que la tension artérielle subit une grande diminution dans le cours de la grippe; 2° parce que les microbes pathogènes de la grippe peuvent se fixer sur un endocarde déjà malade et augmenter ainsi les accidents en ajoutant un caractère infectieux au processus endocardique. Or, cette endocardite infectieuse grippale a surtout un système de prédilection à l'orifice aortique, ce qui s'explique par la nature du microbe qui la détermine le plus souvent, le pneumocoque se fixant, en effet, de préférence sur l'orifice aortique.

(*A suivre.*) P. C.

Digitized by Google

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 septembre 1891

Présidence de M. le Dr TARNIER

M. MOISSAN lit son rapport sur le prix Nativelle.

Traitement de l'occlusion intestinale par les courants continus. — D'après M. SEMMOLA, il peut exister une occlusion intestinale par paralysie transitoire de l'intestin causée par l'épuisement nerveux. Dans ce cas, les courants continus produisent des effets très remarquables.

M. Semmola cite comme exemple l'observation d'un jeune homme de vingt ans, d'une bonne constitution, mais d'un tempérament très nerveux. Ce malade, à la suite d'excès de régime, fut atteint d'une typhlite et d'une périty phlite qui guérirent par les moyens ordinaires. Le malade fit de nouveaux écarts de régime. Il eut une diarrhée intense qui persista pendant vingt-quatre heures. Le jour suivant, il se produisit des douleurs abdominales très vives, des vomissements, de la constipation. Les urines diminuèrent. Pendant l'attaque, on voyait les anses intestinales se dessiner à travers la paroi abdominale.

On fit des injections de morphine, on appliqua de la glace; on administra du calomel, de l'huile de ricin, mais la constipation persista. L'ischurie devint complète et rendit nécessaire l'emploi du cathétérisme. On agita la question de l'opportunité de la laparotomie.

M. Semmola s'appuyant sur le tempérament nerveux du malade, sur l'ischurie, diagnostique une occlusion par paralysie intestinale et conseille l'emploi des courants continus. On se servit de courants de 10 milliampères; le pôle positif fut introduit dans le rectum et le pôle négatif promené sur l'abdomen. Chaque séance durait de 8 à 10 minutes et on en fit trois par jour. Après trois séances, l'ischurie cessa et l'état général s'améliora. A la fin du troisième jour, il se produisit des évacuations spontanées et, après deux jours de traitement, la guérison était complète.

Du diabète pancréatique. — M. LANCEREAUX présente, au nom de M. THIROLOIX et au sien, un chien qui a été rendu diabétique par l'extirpation du pancréas pratiquée trente-cinq jours auparavant. L'amaigrissement et l'affaiblissement sont considérables.

M. G. SÉE constate que cette présentation vient confirmer les données cliniques établies par M. Lancereaux il y a plusieurs années. Ce n'est pas l'absence du suc pancréatique qui cause le diabète, c'est l'absence du suc interstitiel contenu dans la glande.

Il se passe, dans ce cas, ce qui a été observé par M. Brown-Séquard pour certaines glandes dont les fonctions sont inconnues et qui, extirpées, amènent des maladies graves. Il rappelle ses expériences sur la phlory dezine qui rend les animaux diabétiques.

M. LANCEREAUX répond qu'on lui reproche d'avoir admis un diabète maigre. Il ne tient pas du tout à cette qualification. Il admet trois types de diabète. Le diabète gras, qu'on rencontre chez les arthritiques et les goutteux. Les malades commencent à devenir gras à la fin de la période d'accroissement. Il y a peu de sucre dans les urines. La polydypsie, la polyphagie, la polyurie sont faibles. Le diabète est une maladie inhérente à l'organisme, qui permet au malade de vivre longtemps.

Les deux autres variétés de diabète sont le diabète pancréatique et le diabète traumatique. Dans ce dernier, même lorsqu'il y a une grande quantité de sucre dans les urines, l'amaigrissement n'est pas aussi marqué que dans le diabète pancréatique. C'est dans celui-ci que l'amaigrissement atteint son maximum.

M. OLLIVIER demande si le chien n'a présenté aucun symptôme thoracique.

Non, répond M. THIROLOIX. — M. OLLIVIER fait observer à M. Lancereaux qu'il a oublié de signaler une variété de diabète. C'est le diabète héréditaire qui se produit chez des malades qui n'ont subi aucun choc nerveux et qui n'ont commis aucun excès d'alimentation.

M. SEMMOLA rappelle quelques particularités utiles à la résolution du problème du diabète. Il faut s'occuper non seulement de ce dernier, mais aussi de la glycosurie. Il y a une grande différence entre ces deux états. Il existe beaucoup de glycosuries et il n'y a qu'un petit nombre de diabétiques.

Il y a 35 ans, M. Semmola a présenté à l'Académie des Sciences une note sur la glycosurie morbide, dans laquelle il démontrait qu'il faut ranger les cas de diabète en deux séries: le diabète vrai, la glycosurie. Celle-ci n'est qu'un symptôme. On peut produire la glycosurie de mille façons différentes, mais ce n'est pas le diabète qu'on produit.

Concato (de Naples) vient de démontrer qu'après l'ablation du pancréas, il se développe des lésions nerveuses dans la moelle. C'est à l'action du système nerveux, mise en jeu dans le diabète pancréatique, qu'il faut attribuer les symptômes graves de cette maladie.

M. G. SÉE annonce qu'il va simplifier la question. Il n'admet que deux diabètes et il nie formellement la distinction faite par M. Semmola entre le diabète et la glycosurie. Dès qu'il y a du sucre dans les urines, il y a diabète. Il met au défi M. Semmola de justifier la distinction qu'il veut établir entre le diabète et la glycosurie.

M. LANCEREAUX. — Le diabète héréditaire de M. Ollivier n'est pas un diabète spécial. Tous les diabétiques héréditaires commencent par devenir obèses. Je ne crois pas qu'on puisse distinguer la glycosurie du diabète. Je mets à part quelques glycosuries légères, sans importance, telles que celles qui surviennent après un repas copieux.

Voici deux malades qui ont subi un choc en chemin de fer. L'un d'eux présente du sucre dans les urines pendant quatre ou cinq jours, puis tout disparait. L'autre est glycosurique, et le restera toute sa vie. Comment distinguer ces deux cas? Y a-t-il une différence entre les deux blessés? Pas plus qu'il n'y en a entre la varioloïde et la variole.

M. G. Sée veut faire la pathogénie du diabète. Je ne le suivrai pas dans cette voie. On peut se demander si le diabète pancréatique n'est pas un diabète nerveux, la section des nerfs pendant l'opération pouvant engendrer des lésions médullaires M. Thiroloix est disposé à adopter cette opinion, M. Lancereaux hésite encore.

Epidémie du typhus exanthématique.—M. THOINOT lit la relation d'une épidémie de typhus exanthématique qu'il a observée à l'île Tudy en Bretagne. Il y eut 84 cas et 16 morts. L'épidémie atteignit un habitant sur 12.

L'eau n'a joué aucun rôle dans la propagation de la maladie, l'air pas davantage. Le contact direct du malade a été la condition indispensable de la transmission. Le germe du typhus exanthématique réside dans les sécrétions cutanées. Quant aux voies d'inoculation, on ne sait rien de précis On n'a pu trouver le mode d'introduction de la maladie. M. Thoinot conclut avec M. Geslin que le typhus exanthématique est endémique en Bretagne.

Le traitement a été exclusivement symptomatique. On a réalisé l'antisepsie cutanée en faisant tous les matins une lotion générale avec un solution mercurielle faible. Les malades ont été isolés et leurs effets désinfectés.

M. FRANÇOIS (de Valenciennes) présente un nouvel appareil aspirateur. F. R.

Digitized by Google

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs Chéneaux (de Morne-Rouge, Martinique), Siméon (de Dorgues, Var), Guillemin (de Sainte-Ménehould), Guérin (de Grandpré) et Bogros (de Château-Chinon).

En Allemagne : M. le Dr Klopsch, professeur ordinaire de chirurgie à la Faculté de Breslau.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

THÉRAPEUTIQUE ET MATIÈRE MÉDICALE

Combemale et Patoir. — Contribution à l'étude du traitement des sueurs nocturnes par l'acide agaricinique (*Bull. méd. du Nord*, 22 mai 1891).

Gordon. — Note sur l'hydrochlorate d'orexine (*The Lancet*, 11 juillet 1891, p. 68).

Hutchinson (J.). — De l'arsenic comme médicament (*Brit. Med. Journal*, 6 juin 1891).

Kotlar (E.). — Contribution à l'étude de l'action physiologique de la noix de kola (*Vrach*, 1891, p. 464, n° 19).

Mettenheimer. — Du phosphore contre le rachitisme (*Jahr. f. Kinderh*, B. xv xii, l. 3, 1891).

Migneco. — L'acétate de thymol mercurique dans la syphilis (*Riforma medica*, 22 mai 1891).

Suekling. — De la valeur thérapeutique du chanvre indien (*The Brit. Med. Journal*, 4 juillet 1891).

CLINIQUE MÉDICALE

Baumel. — Deux cas d'épilepsie chez l'enfant (*Montpellier méd.*, juillet 1891).

Cadéac et Meunier. — Des hallucinations produites par le vulnéraire (*La Province médicale*, 18 juillet 1891).

Cartaz. — Paralysie double des crico-aryténoïdiens postérieurs dans un cas d'anévrysme de l'aorte (*Archives de laryngologie, de rhinologie et d'otologie*, juillet et août 1891).

Cecil G. Biss. — Diagnostic et traitement de certaines formes de gastralgie (*The Practitioner*, juillet 1891).

Hugonnenq et Eraud. — Recherches sur les produits solubles secrétés par un microbe du pus blennorrhagique (*Lyon méd.*, 19 juillet 1891).

Kahlden. — Néphrites des phtisiques (*Cent. f. Algemeine Path. und. pathol. Anatomie*, 1891), bd. II, février).

Massei. — L'intubation du larynx chez les adultes (*Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, 15 juillet 1891).

Niven (J.). — De l'étiologie de la phtisie (*The Practitioner* juillet 1891, p. 42).

Odin. — Contribution à l'étude des néphrites dans leurs relations avec les traumatismes de la région du rein (*Loire méd.*, 18 juillet 1891).

Osler (W.). — Aphasie sensorielle : cécité des mots avec hemianopsie (*American Journal of the Med. Sciences*, mars 1891, p. 219).

Robin et Deguerry. — Sur l'angine diphtéroïde de la syphilis secondaire (*Gaz. méd. de Paris*, 18 juillet 1891).

Seymour-Taylor. — Rapport entre les troubles fonctionnels du cœur et les maladies des viscères abdominaux (*The Practitioner*, juillet 1891).

Valentini. — Sciatique spasmodique (*Deut. Med. Woch*, 16 avril 1891, p. 568).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Boeckel (J.). — Entérorrhaphie pour un anus contre nature consécutif avec hernie étranglée (*Gaz. Méd. de Strasbourg*, 1er août 1891).

Bourgeois. — Carcinome primitif de la conjonctive (*Union médicale du Nord-Est*, août 1891).

Brault. — Note sur l'hémorrhagie cérébrale externe chirurgicale (*Province Méd.*, 22 août 1891, p. 405).

Buonomo (A.). — Ligature élastique et massage dans le traitement des fractures transversales de la rotule (*Riforma Med.* 17 août 1891).

Carpentier. — Appendicite perforatrice (*Bulletin Méd. du Nord*, 14 août 1891).

Castex. — De l'orchite par effort (*Annales des mal. des organes génito-urinaires*, août 1891).

De Larabrie. — Un cas de hernie congénitale de l'ombilic : rupture du sac avant la naissance, cure radicale pratiquée sept heures après la naissance, guérison (*Gaz. Méd. de Nantes*, juillet 1891).

Foster (M.) — Occlusion traumatique du méat auditif externe (*The N.-Y Med. Journal*, 18 juillet 1891).

Guyon. — De la résection de l'urèthre (*Gaz. Méd. de Paris*, 22 août 1891).

Hagen-Thorn. — Pneumotomie pour gangrène pulmonaire (*Wratch*, 1891, n° 19).

Henoch. — Un cas de péritonite chronique traitée avec succès par la laparotomie (*Berl. Klin. Woch.*, 1891, Heift XXVIII).

Herter. — Traumatisme de la moelle cervicale (*Journal of Nervous and Ment. diseasis*, juillet 1891).

Krecke. — Contribution à la chirurgie du poumon (*Munch Med. Wochenschrift*, 9 juin 1891).

Lagrange (F.). — Du sarcôme mélanique des paupières (*Gaz. Hebdom. des Sciences méd. de Bordeaux*, 9 août 1891, p. 378).

Legueu. — Des névralgies rénales (*Annales des mal. des organes génito-urinaires*, août 1891).

Landau. — De l'ictère par pansement phéniqué (*Deut. Med. Wochenschrift*, 1891, p. 353).

Lodigrani. — La pyoctanine et le traitement des tumeurs malignes inopérables (*La Riforma Medica*, 7 août 1891, p. 337).

Lustgarten. — De la cause de la mort consécutive aux brûlures de la peau (*The New-York Med. Record*, 8 août 1891).

Massy. — Du rôle de la massothérapie en chirurgie (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 19 juillet 1891).

Matignon. — Des lésions de la région prostatique de l'urèthre, par le dilatateur de Dolbeau (19 juillet 1891).

Meyer. — De l'irrigation antiseptique permanente (*Deut. Zeitschrift f. Chir.* 1891, Heft V et VI, p. 407).

Morrisson. — Craniectomie linéaire contre l'imbécillité (*The N.-Y. Med. Record*, 18 juillet 1891).

Paul. — Une méthode opératoire de colotomie inguinale (*The British Med. Journal*, 18 juillet 1891).

Puech. — Considérations sur quatre cas de taille hypogastrique (*Montpellier Méd.*, 16 août 1891).

Raulin. — Kystes de la voûte du pharynx (*Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, 1er sept. 1891).

Salomoni. — De la fracture transversale de la rotule et de son traitement (*Riforma Medica*, 4 août 1891).

Teillais. — Des opacités cornéennes chez les nouveau-nés (*Gaz. Méd. de Nantes*, 12 juillet 1891).

Tohgilliani. — Des tumeurs abdominales et des conditions qui les simulent (*The New-York Med. Journal*, 8 août 1891).

Van Winiwarter. — Un cas de kypho-scoliose d'origine névropathique (*Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*, juillet 1891).

Van Winiwarter. — Un cas de cholécystéritérostomie (*Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*, juillet 1891).

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEDER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE — N° 41 — 7 OCTOBRE 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, BÉCLÈRE, BROCQ, DEMELIN, DU CASTEL, GINGEOT, Charles MAURIAC, PICQUÉ Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Les causes de l'artério-sclérose et des cardiopathies artérielles

(*Leur origine alimentaire et leur traitement préventif* (1)

Par M. le Dr HENRI HUCHARD

Médecin de l'hopital Bichat (2)

I. **Causes infectieuses.** — L'an dernier, au Congrès de Limoges, en décrivant les « maladies de l'hypertension artérielle » (3), j'ai cherché à démontrer que celle-ci doit être invoquée à titre de mode pathogénique de l'artério-sclérose dont elle est la cause et non l'effet. Aujourd'hui, si je reviens encore sur cette question des cardiopathies artérielles et de l'artério-sclérose, c'est que je la crois très importante au point de vue pratique et qu'à l'adage si connu et si vrai : *Sublata causa, tollitur effectus*, on peut ajouter celui-ci : *Causa morbi cognitâ, jam cognoscitur medicatio.*

Le domaine des cardiopathies myocardiques tend à s'agrandir tous les jours, depuis l'époque où la clinique a secoué le joug de la loi trop exclusive de Bouillaud sur l'origine endocardique et rhumatismale des maladies organiques du cœur, depuis l'époque déjà lointaine où, en 1870 — il y a donc plus de vingt ans — nous avons démontré, avec M. Desnos, la fréquence des lésions du myocarde et des coronaires dans la maladie infectieuse que nous étudiions alors, dans la variole (4).

Sans doute, la « cardite aiguë » avait été autrefois signalée dans les pyrexies par Sénac, Virchow, Rokitansky, Zenker, Waldeyer, par Nicolas Massa et Bernheim dans leurs thèses inaugurales de Strasbourg. Mais aucun de ces auteurs n'avait vu que les altérations myocardiques sont sous la dépendance directe des lésions des coronaires. Une exception cependant doit être faite en faveur de Hayem qui, en 1869 (*Archives de physiologie*), étudia les rapports existant entre la mort subite et les altérations vasculaires du cœur dans la fièvre typhoïde, et qui, dans un mémoire important paru l'année suivante dans le même recueil, sur les *myosites symptomatiques*, nous fit l'honneur de reproduire notre description clinique de la myocardite aiguë (1).

Nous avions alors admis l'existence « d'endartérites » qui, par l'épaississement de la membrane interne des » petites artères et aussi par l'accumulation des glo- » bules blancs et de bouchons fibrineux, peuvent, ou » rétrécir considérablement la lumière des vaisseaux, » ou l'oblitérer tout à fait. Ces thromboses multiples — » ajoutions nous — donnent lieu à des infarctus » hémorrhagiques, et dans tous les cas, l'ischémie » musculaire qui résulte du rétrécissement artériel, » doit singulièrement hâter la dégénérescence grais- » seuse. Celle ci reconnaîtrait donc deux causes dans » la myocardite : l'inflammation, et le défaut d'irriga- » tion sanguine par l'oblitération des petites artères ».

Ce passage de notre travail a posé et résolu la question de l'ischémie et des dégénérescences du myocarde consécutives à l'endartérite coronaire des fièvres, question dont la confirmation se retrouve encore dans ma thèse inaugurale sur « les causes de la mort dans la variole (2) ».

Plus tard, en 1877, à propos de la pathogénie de « la mort subite dans la fièvre typhoïde » (3), je revenais sur cette question de la coronarite aiguë, et je disais encore :

« Dans un muscle, dans le myocarde enflammé, il » faut considérer deux choses : d'une part, l'inflamma- » tion du muscle avec tous ses caractères de gonfle- » ment, de prolifération, de multiplication des éléments ; » d'autre part, l'inflammation des artérioles du muscle, » et consécutivement le rétrécissement de leur calibre,

(1) Communication au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, à Marseille.

(2) En reprenant aujourd'hui, après quatre mois, ma plume brisée par la douleur, je tiens à remercier les nombreux lecteurs de ce journal qui, dans de tristes circonstances, m'ont donné un témoignage ému et sincère de leur bonne sympathie.

(3) Voir la *Revue générale de clinique et de therapeutique* (septembre à décembre 1890).

(4) *Des complications cardiaques dans la variole et notamment de la myocardite varioleuse*, par Desnos et Huchard (Union médicale, 1870-1871).

(1) La publication de notre travail sur la myocardite aiguë devint le point de départ d'autres travaux qui confirmèrent pour d'autres maladies les résultats de nos recherches relatives à la variole : 1° *Complications cardiaques du croup et de la diphtérie* (Thèse in. de Labadie-Lagrave, 1873) ; — 2° *Les manifestations cardiaques de l'érysipèle de la face* (Thèse in. de Sevestre, 1874) ; — 3° *Etudes sur la variole*, par Brouardel (Arch. de méd., 1874) ; — 4° *Les altérations du cœur et des muscles volontaires dans les fièvres pernicieuses*, par Vallin (Union méd., 1874) ; — 5° *Sur un cas de mort subite dans le rhumatisme* (par myocardite), par Chopy (Thèse in., 1875) ; — 6° *La myocardite puerpérale comme cause la plus fréquente de mort subite après l'accouchement* (Thèse inaug, de M. Coste, 1876) ; — 7° *Ueber myocarditis diphterica*, par Rosenbach (Virchow's Arch., 1877); — 8° *La myocardite diffuse de la diphtérie*, par Stœffen (Jahrbuch f. kinderh., 1887) ; — 9° *Etude anatomo-pathologique et clinique sur la myocardite infectieuse diphtérique* (Thèse in. de Huguenin, 1890).

(2) *Etude sur les causes de la mort dans la variole* (Arch. de méd., mai, juin, juillet 1871, et thèse inaugurale, 1872).

(3) Union méd., 1877.

Digitized by Google

» l'oblitération de leur lumière favorisant, d'une façon » plus rapide encore, l'anémie de l'organe, sa dénutri- » tion et la dégénération de ses fibres ainsi que des » produits inflammatoires ».

Depuis cette époque, relativement éloignée, des recherches importantes ont confirmé le rôle prépondérant que l'on doit attribuer aux lésions coronariennes pour la production d'un grand nombre de myopathies cardiaques rangées à tort sous le vocable de myocardites chroniques.

A l'époque où nous écrivions, nous n'avions pu suivre ces varioleux ou ces typhoïdiques, nous ne savions pas encore l'avenir réservé aux cardiopathies aiguës, provoquées par les maladies infectieuses. Or, Landouzy et Siredey (1) qui ont, longtemps après nous et comme nous, constaté les lésions artérielles du myocarde dans les pyrexies, ont démontré que l'artérite aiguë, engendrée par les maladies infectieuses, peut poursuivre lentement et chroniquement son évolution, et devenir plus tard une cause d'artérite chronique généralisée ou partielle. D'après les recherches nombreuses que j'ai faites sur les antécédents des artério-scléreux, la fréquence de cette cause ne saurait être exagérée, comme elle l'a été par quelques auteurs, quoique l'expérimentation et la microbiologie paraissent en établir la valeur. Ainsi, dans ces derniers temps, Rattone a vu certains germes, comme le bacille d'Eberth, se loger dans l'endothélium vasculaire ou dans les vasa-vasorum ; tout dernièrement, M. Lion (2) a pu, par des inoculations d'un bacille découvert par lui et Gilbert, produire, non seulement des endocardites végétantes, mais aussi des artérites infectieuses « rappelant la transformation scléro-calcaire des parois artérielles, et donnant ainsi la preuve expérimentale du rôle joué par les maladies infectieuses dans l'étiologie de cette altération vasculaire. »

Voici donc un point à peu près établi par la clinique et l'expérimentation :

L'artério-sclérose, les cardiopathies artérielles peuvent être d'origine infectieuse ou microbienne, elles peuvent succéder à la variole, à la fièvre typhoïde, à la scarlatine, à la diphtérie, etc.

II. **Causes diathésiques.** — A côté de cette artério-sclérose succédant à un processus aigu, il faut placer celle qui s'établit ou s'installe lentement, qui est chronique d'emblée, et qui est réalisée dans un certain nombre de diathèses ou de maladies générales chroniques : le *rhumatisme*, et surtout le *rhumatisme chronique*, l'*arthritis* ou l'*herpétis* de Lancereaux, la *goutte* qui est aux artères ce que le rhumatisme est au cœur, le *diabète* et surtout la variété de diabète goutteux, enfin la *syphilis*. Ce sont là des causes connues, hors de conteste, et je n'ai besoin que de les signaler.

Est-ce par la transmission de ces diverses diathèses ou maladies générales que certaines cardiopathies artérielles sont souvent héréditaires ? Cette pathogénie n'est pas toujours exacte. Parfois, en effet, malgré une enquête des plus sévère, on ne trouve, pour expliquer la production des cardiopathies artérielles, aucune des causes qui précèdent ou qui suivent. C'est alors qu'il faut chercher dans l'*hérédité* la notion étiologique qui paraît nous échapper. Dans la grande classification que j'ai établie entre les diverses cardiopathies chroniques — cardiopathies *valvulaires* et cardiopathies *vasculaires* — l'hérédité joue un rôle différent. Les premières sont héréditaires *indirectement*, à la faveur d'un intermédiaire, du rhumatisme, qui, seul, se transmet directement, mais non l'affection valvulaire. Les secondes sont *directement* héréditaires, à la faveur de la maladie artérielle qui peut se transmettre chez les descendants sur des organes divers et avec des maladies en apparence différentes. Je m'explique : Lorsque vous cherchez l'hérédité de l'artério-sclérose chez un malade, il ne suffit pas, et il serait erroné de lui demander seulement si ses ascendants ont eu, comme lui, une affection du cœur ou de l'aorte. Ce qui est héréditaire, ce n'est pas la maladie d'un organe, c'est la maladie étendue à tout le système vasculaire, et c'est ainsi que, chez des malades atteints de cardiopathies artérielles diverses (artério sclérose du myocarde ou même des valvules) vous trouverez des antécédents héréditaires d'hémorrhagies cérébrales, d'anévrysmes, d'affections de l'aorte ou d'aortite chronique, de cardiopathies artérielles, de néphrites interstitielles, etc. Un malade a une insuffisance aortique artérielle, ce qui veut dire que la lésion est d'origine endartérique et non d'origine endocardique ; son père est mort d'hémorrhagie cérébrale, ou d'anévrysme de l'aorte, ou encore d'angine de poitrine vraie, ou même de néphrite interstitielle. Ce sont là des affections artérielles qui peuvent se transmettre héréditairement sur des organes différents, il est vrai, mais sur le même système organique, sur tout l'arbre aortique. J'ai donné à ce fait étiologique, auquel j'attache une grande importance en clinique, le nom d'*aortisme héréditaire* (1).

Il y a donc deux modes pathogéniques d'après lesquels on peut comprendre, pour la production de l'artério-sclérose et des cardiopathies artérielles, le rôle de l'hérédité : ou celle-ci s'exerce indirectement à la faveur des diathèses dont l'influence sclérogène ne fait pas de doute ; ou encore elle s'exerce directement chez des sujets indemnes de toute tare diathésique, de toute cause infectieuse ou toxique.

Dans ces cas divers, le système nerveux doit-il intervenir ? Cela est possible, probable même dans certains cas. Mais admettre une telle opinion, c'est seulement reculer la difficulté, ce n'est pas la résoudre. Néanmoins, on ne saurait négliger ce grand facteur du système nerveux qui exerce une réelle action sur les fonctions de la nutrition. Giovanni (2) pense que parfois la sclérose-artérielle peut être le résultat de perversions fonctionnelles des nerfs vaso-moteurs, ce qu'il démontre

(1) Complications angio-cardiaques de la fièvre typhoïde (*Revue de médecine*, 1887 et 1889).

(2) *Des endocardites infectieuses* (Thèse in: 1891).

(1) Voir une communication à la Soc. méd. des hôpit. (1890 sur l'*aortisme héréditaire*.

(2) *Contribuzione alla palogenesi della endartérita* (*Ann. univ. di medicina*, février 1877).

Digitized by Google

par cette expérience : plusieurs mois après, la section des cordons du grand sympathique, il a souvent trouvé chez les chiens des taches jaunâtres athéromateuses, disséminées à la surface interne de l'aorte descendante. Lewaschew (1) irrite d'une façon prolongée le sciatique chez un chien et constate des plaques d'artérite sur les vaisseaux du membre correspondant. Gley et Mathieu étudient les troubles trophiques causés par l'irritation du sciatique(2). Hippolyte Martin a vu qu'après la section des nerfs pneumo-gastriques, la première lésion constatée est une altération vasculaire à laquelle succède la dégénérescence du muscle cardiaque, ce qui démontre que ces nerfs n'exercent pas une influence trophique directe sur le myocarde, comme l'a dit Eichhorst. Mais, il est juste de rappeler que Schnell, dans son excellente thèse inaugurale sur « les lésions cardio-vasculaires d'origine nerveuse » est arrivé, à ce sujet, à des résultats contradictoires.

Avant eux, en 1876, on avait appris que l'excitation de la circonvolution du gyrus, d'après Bochefontaine (3) que l'excitation de la région motrice de l'écorce cérébrale des corps striés à sa partie antérieure, d'après Stricker, déterminent une augmentation considérable de la pression sanguine intra-artérielle. Enfin, il ne faut pas oublier qu'autrefois Vulpian avait placé au voisinage de la protubérance un centre émotif. Donc, l'excitation répétée ou prolongée de toutes ces régions peut produire une sorte de surmenage artériel à la faveur de l'hypertension vasculaire, surmenage aboutissant le plus souvent à l'artério-sclérose. Or, j'ai admis depuis longtemps que l'hypertension artérielle précède et produit l'artérite généralisée, (4) et deux auteurs anglais, Roy et Adami, s'inspirant de cette idée, ont produit des phénomènes d'irritation et d'inflammation vasculaires en augmentant progressivement la pression artérielle chez les animaux en expérience (5).

La clinique a confirmé ces résultats expérimentaux. Dans tous les cas où la pression sanguine est exagérée, on voit se produire des phénomènes d'irritation inflammatoire à la surface interne des vaisseaux et des parois cardiaques, et c'est ainsi qu'apparaissent l'artérite chronique consécutive à la surtension artérielle, la phlébite des veines variqueuses, l'inflammation de l'endocarde auriculaire dans le rétrécissement mitral. Ce sont là ce que j'appelle : les endartérites, les phlébites et les endocardites chroniques par *excès de pression*.

D'un autre côté, on voit survenir des lésions inflammatoires de l'appareil vasculaire et surtout artériel dans les maladies nerveuses, et cela souvent sous l'influence combinée de l'hypertension artérielle et du système nerveux. Il suffit de citer des faits d'artério-sclérose dans le goître exophtalmique, la paralysie agitante, la sclérose en plaques, la périencéphalite diffuse et le tabes. Cependant, au sujet de ces dernières maladies on peut élever quelques objections : on n'a pas assez dit que le tabes, par exemple, si souvent d'origine syphilitique, ne produit de lésions vasculaires et cette sorte de mal perforant des valvules aortiques de Teissier, que par l'intermédiaire de la syphilis ; il faut encore considérer que l'artério-sclérose dans la paralysie agitante, dans la sclérose en plaques, et dans la périencéphalite diffuse, au lieu d'être l'effet de ces maladies, pourrait bien en être indirectement la cause, comme Bordes-Pagès (1) l'a montré dans son excellente thèse inaugurale. En effet, si les lésions nerveuses peuvent produire des altérations vasculaires, celles-ci sont capables à leur tour d'engendrer des phénomènes inflammatoires sur le système nerveux. J'en ai la preuve dans une observation très importante d'Achard et Joffroy (2): Chez une femme âgée, la névrite des membres correspondait exactement à l'altération des artères situées dans l'épaisseur des troncs nerveux.

Cependant les faits cliniques suivants démontrent l'influence du système nerveux sur le développement de l'endartérite : Botkin a vu celle-ci se développer du côté où l'on observait des troubles vaso-moteurs symptomatiques d'une lésion unilatérale du cerveau. J'ai cité dans mon livre sur les « maladies du cœur et des vaisseaux », le fait d'une névralgie brachiale très rebelle et de longue durée avec développement consécutif d'une athéromasie très développée des artères du même côté. Bien d'autres exemples pourraient encore être cités.

D'après ce qui précède, on est en droit de formuler cette deuxième loi étiologique :

L'artério-sclérose est de provenance diathésique (goutte, rhumatisme chronique, syphilis, etc.). *Elle peut être aussi transmise directement par hérédité* (*aortisme héréditaire*). *Elle est consécutive à l'hypertension artérielle qui peut déterminer des lésions inflammatoires de l'endocarde et de l'endartère* (endocardites et endartérites chroniques par excès de pression). *Enfin, elle peut être produite par les lésions nerveuses comme elle peut les produire* (sclérose en plaques, paralysie agitante, périencéphalite diffuse, etc., névralgies et névrites).

(*A suivre.*)

(1) *Arch. f. path. anat. u phys.* 1883.
(2) *Arch. de phys.* 1888.
(3) *Arch. de phys.* 1876.
(4) Voir : Leçons sur les maladies du cœur et des vaisseaux (1889, p. 73, 76 et 216) et les maladies de l'hypertension artérielle (*loc. cit.*).
(5) (*Assoc. méd. britannique*, août 1888).

(1) Bordes-Pagès: De l'artérite chronique et en particulier de l'aortite dans la paralysie générale (*Thèse de Paris*, 1887).
(2) Achard et Joffroy. Névrite périphérique d'origine vasculaire (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. path.*, 1er mars 1889).

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Médicaments nouveaux et médications nouvelles.

I. *Le guaco, ses propriétés, ses indications.* — II. *Traitement des névralgies et du prurit par le guaco.* — III. *La résine de kaori et la technique des pansements au kaori.*

I. **Le guaco, ses propriétés, ses indications.** — Les populations des régions montagneuses de la province de Tabasco, au Mexique, attribuent à cette liane, — les voyageurs le disent, — de puissantes vertus alexitères contre le venin des serpents.

C'est une réputation séculaire ; il y en a partout comme cela ; croyons donc les voyageurs. Pour ce

Digitized by Google

motif, des thérapeutistes de bonne volonté ont eu, dans ces derniers temps, la curiosité de soumettre ces vertus à l'épreuve expérimentale, et l'espérance, toujours assez douce, d'augmenter la matière médicale de préparations pharmaceutiques nouvelles.

Qu'est le guaco? Voici, d'après les botanistes, son signalement fort abrégé. En latin, cette plante a nom: *Aristolochia cymbifera* : elle est de la tribu des Eupatoriées, famille des Aristolochiées. Son bois, ou plus vraisemblablement l'écorce de sa racine, contient des substances actives : huile volatile, résine, matière âcre et extractive, etc., etc.

Ces substances, on ne l'ignore point d'ailleurs, existent dans la plupart des Aristolochiées. A toutes elles ont valu la renommée, plus vulgaire que justifiée, de diaphorétique, d'emménagogue et de stimulante des organes glandulaires, et, à quelques unes, le surnom de serpentaire, de colubrine, de viperine, avec le qualificatif d'alexipharmaque contre le venin du crotale.

Ces notions botaniques sont sommaires. On les doit en partie à Guibourt. La composition chimique de l'*Aristolochia cymbifera* n'est pas moins incomplète. Dernièrement sans doute M. Vaudin (à Fécamp) et M. Butte (à Paris) en ont isolé une résine; mais à côté d'elle, point de glucoside, point d'alcaloïde, peut-être des acides organiques, hélas ! indéterminés. On peut juger par là de l'indigence des données de la chimie sur la composition de ce remède.

On en est donc réduit à l'employer sous la forme, mal définie, d'un extrait aqueux. Il en a été ainsi dans les essais physiologiques de M. Butte; il en est de même quand il s'agit de l'emploi thérapeutique du guaco.

Quelles sont *les propriétés physiologiques* les moins contestables de ce médicament ?

Dans un mémoire intéressant, M. Butte a exposé ses recherches personnelles sur le guaco (1). Somme toute, les expériences destinées à mettre en lumière l'action physiologique de ce médicament sont peu nombreuses. De plus, elles manquent, garantie toujours nécessaire, d'un contrôle contradictoire.

On a expérimenté sur la grenouille, le lapin et le chien. On a administré aux animaux l'extrait aqueux de guaco par la voie veineuse ou la voie hypodermique. Est-ce suffisant pour conclure des animaux à l'homme? Comme cela, d'aucuns, assez nombreux d'ailleurs, en éprouvent le doute.

Le guaco provoque des *troubles gastro-intestinaux* : vomissements et diarrhée. Eh bien ! cette action émétocathartique n'est-elle point de famille? Les Aristolochiées, même européennes, la possèdent à des degrés différents. Naguère, les livres le disent, avant l'emploi de l'ipécacuanha, est-ce qu'on ne prescrivait pas, pour obtenir de tels effets, la racine de l'une d'entre elles, l'asaret vulgaire?

Cette action parait dépendre des *modifications du système nerveux* que le guaco provoque aussi.

A ce point de vue, les expériences de M. Butte ont été démonstratives. Cet habile observateur a noté que les centres nerveux sensitifs sont paralysés par le guaco; que l'abolition de la sensibilité est rapide et précède toute paralysie motrice. Certes l'excito-motricité peut disparaître aussi, mais tardivement et après des doses massives, de sorte que le thérapeutiste serait en droit de tenir un compte médiocre de ce dernier phénomène, mais de chercher surtout à utiliser le guaco comme un médicament analgésique. On verra plus loin si cette conclusion est légitime.

Au reste, on en trouve une sorte de légitimation physiologique dans les *troubles respiratoires* et *cardio-vasculaires* de l'empoisonnement par le guaco.

En effet, du côté de l'appareil respiratoire, on observe, comme lésion anatomique, la congestion pulmonaire et, comme manifestation symptomatique, l'accélération des mouvements respiratoires au début, ou après de faibles doses; leur ralentissement et, enfin, leur arrêt après des doses massives. Du côté du cœur et des vaisseaux, phénomènes analogues et en quelque sorte parallèles: augmentation initiale des battements du cœur, puis diminution de leur amplitude; chute progressive de la pression artérielle, congestion des reins, etc., etc.

En fait, parmi les phénomènes physiologiques, provoqués par le guaco, les plus manifestes semblent donc ceux dont les voies digestives et les centres nerveux sont le siège.

D'une part, comme les autres Aristolochiées, il serait un *éméto-cathartique*: cette première conclusion est, on en conviendra, dépourvue d'originalité. Par contre, elle s'accorde avec la tradition.

D'autre part, il agirait à la manière d'un *nervin*, et l'analgésie qu'il produirait serait le résultat d'une paralysie des centres nerveux sensitifs. Cette seconde conclusion est celle de M. Butte. Il convient de la retenir. A défaut d'autres qualités, n'a-t-elle point, du moins, celle de la nouveauté?

Au demeurant, je le répète, ce n'est plus comme éméto-cathartique à l'instar des Aristolochiées indigènes, mais bien comme nervin et analgésique que le guaco revendique depuis quelque temps l'honneur de prendre rang dans la matière médicale. Voilà ce qu'il importe de ne pas oublier.

II. **Traitement des névralgies et du prurit par le guaco.** — A ce point de vue restreint, quelles sont les indications de ce médicament? Jusqu'à présent, les essais cliniques ont été peu nombreux. Donc, tout jugement définitif serait prématuré.

On le propose *contre douleur*, et en particulier contre celle d'origine centrale et contre les névralgies. Pour ma part, et sans grand succès, je l'avoue, je viens de prescrire son administration dans deux cas de névralgie (névralgie faciale, névralgie orbitaire). J'avais ordonné des pilules de guaco suivant la formule suivante:

Extrait aqueux de guaco..... 0,10 centigr.
Réglisse pulvérisée..... q. s.
Pour une pilule. — Dose: quatre par jour.

Testis unus, testis nullus: un ou deux cas ne suffisent pas pour invalider une médication. Occasionnellement,

(1) Butte : *Annales de la policlinique de Paris* (juillet à novembre 1890).

Digitized by Google

à mon avis, on peut essayer le guaco contre les névralgies, mais à titre de pis-aller et seulement quand l'affection résiste à toute autre médication.

Il en est autrement dans le traitement des prurits (Quinquaud, Butte) : prurit essentiel, prurit eczémateux. L'utilité et même l'efficacité du guaco semblent mieux établies.

Toutefois, il y a des contre-indications: l'eczéma est-il aigu, suintant? On attendra la fin de la poussée pour instituer la médication. Ici, comme ailleurs, comme toujours, l'action d'un médicament dépend autant de sa puissance thérapeutique que de l'heure opportune de son administration.

Quand on prescrit le guaco, il faut donc être modeste dans ses espérances. Ses applications actuelles sont restreintes. En résumé, c'est un médicament à essayer contre la douleur rebelle de quelques névralgies et du prurit. Rien de plus, rien de moins.

Quelle en est la *posologie*? Fort simple :

A l'extérieur, des *lotions à la décoction de guaco* :

Guaco concassé	30	grammes.
Eau	1000	—
Bicarbonate de soude.....	5	—

Faire bouillir durant un quart d'heure, puis une heure de macération. Filtrer ensuite.

Dans cette formule, M. Butte conseille l'addition du bicarbonate de soude pour faciliter la saponification et la dissolution de la résine. Ces lotions sont employées sur les surfaces prurigineuses et eczémateuses.

Remarquons, sans y insister, l'analogie entre l'usage de cette préparation et la pratique populaire des indigènes mexicains, lotionnant les ulcères avec une décoction d'un végétal congénère du guaco : l'aristoloche fétide; et aussi le traitement externe des ulcères syphilitiques par la méthode de Vicente Gomez. On peut, n'est-ce point? se ressembler de plus loin.

A l'intérieur: on a ordonné l'extrait de guaco en pilules. Voici une formule de *pilules alcalines au guaco* :

Extrait aqueux de guaco.....	0,10 centig.
Bicarbonate de soude.....	0,05 centig.
F. s. a. pour une pilule. —	A prendre avant le repas.

Deux ou quatre de ces pilules sont administrées quotidiennement. On les préférera à la tisane de guaco dans tous les cas d'intolérance gastro-intestinale.

Cette dernière n'existe-t-elle pas? On prescrira l'*apozême lithiné au guaco*, dont j'emprunte encore la composition à M. Butte :

Guaco concassé.....	20 grammes
Eau distillée.....	500 grammes
Benzoate de lithine.....	0,25 centig.

F. s. a. un apozème. Après une demi-heure d'ébulition, filtrez; édulcorer avec le sirop d'écorces d'oranges amères. A ingérer par tasses à café dans les vingt-quatre heures.

III **La résine de kaori et la technique de pansements au kaori.** — L'emploi presque universel des antiseptiques chroniques en chirurgie ne devrait pas faire totalement abandonner celui des autres topiques. C'est, du moins, l'avis, somme toute, judicieux des nos honorables confrères de la marine, M. Forné (de l'Ecole de Brest) et de M. Le Gall, son élève distingué, qui tous deux recommandent l'emploi du kaori en chirurgie (1).

Ce n'est point d'ailleurs une recommandation banale : ils la motivent par d'excellentes observations et des essais cliniques sérieux.

La résine de kaori, ou dammar des Malais, provient du *Dammara australis*, conifère commun à la Nouvelle-Zélande et à la Nouvelle Calédonie, où il est depuis quelque temps l'objet d'applications industrielles. La résine est de couleur jaunâtre, agglomérée en masses de cassure éclatante, d'odeur térébenthinée, fusibles et inflammables; bref, elle présente bien les caractères physiques d'une résine. Elle en possède d'ailleurs la composition chimique. C'est, en effet, un mélange de corps acides et de corps neutres : une huile essentielle, l'essence de kaori; l'acide dammarique, la dammarine, le dammarol, etc., etc,

Il existe deux sortes commerciales de kaori : le wari ou kaori moderne que l'on récolte sur le tronc du Dammara; et le kapia ou kaori fossile dont on trouve sous terre des blocs parfois assez considérables.

Les différences physiques qui les distinguent sont médiocres : on doit cependant les noter au point de vue pharmacologique : le wari se gonfle dans l'alcool froid et se dissout dans ce liquide à chaud seulement. Le kapia y est soluble, même à froid.

Les usages thérapeutiques du kaori datent de loin, chez les indigènes calédoniens. A titre de topique chirurgical, ils l'utilisent pour favoriser la cicatrisation des plaies et comme moyen d'occlusion : c'est à ces titres que MM. Forné et Le Gall en ont fait l'essai clinique avec quelque succès; de plus, par sa consistance et sa durée, un enduit au kaori peut à l'occasion constituer un moyen d'immobilisation pour la confection des appareils inamovibles.

Où et comment doit-on donc l'employer?

Le *pansement au kaori* convient dans les cas de plaies simples : écorchures, égratignures, coupures; ou bien de plaies contuses, d'ulcères atoniques ou de brûlures.

Dans le cas le plus simple, celui d'une écorchure de la peau, on verse directement et on étale sur la plaie une légère couche de la solution alcoolique de kaori, à laquelle M. Le Gall propose de donner le nom de *baume calédonien* et dont voici la composition :

Résine de kaori.....	ãã 1 partie
Alcool à 90°.....	

On rend cette solution antiseptique, sous le nom de *kaori mercuriel*, par l'addition de sublimé :

Résine de kaori....	ãã 50 grammes
Alcool à 90°.....	
Sublimé.....	0 gr. 10 à 0 gr. 30

Au contact du baume calédonien, le blessé éprouve une douleur qui disparaît après l'évaporation, d'ailleurs rapide, de l'alcool.

Un vernis protecteur et occlusif recouvre alors la

(1). Le Gall. La résine de kaori et ses applications à la thérapeutique chirurgicale. (*Thèse de Paris*, 1891).

Digitized by Google

plaie dont la cicatrisation s'obtient ainsi, sans l'emploi de bandages ou de compresses, toujours incommodes quand il s'agit de plaies du pied ou de la main.

S'agit-il d'une *plaie par instrument tranchant?* On déterge la plaie antiseptiquement, puis on en affronte les lèvres à l'aide de bandelettes de gaze imbibées de baume calédonien dont, au besoin, on hâte la dessication par le courant d'air d'un soufflet (Le Gall).

La *plaie* est-elle *contuse?* On fait précéder l'application des bandelettes au kaori par le bourrage de la plaie avec l'iodoforme ou un autre agent antiseptique.

S'agit-il d'un *ulcère?* Détersion antiseptique, lavage et séchage de la surface malade, puis application d'un morceau de tarlatane sèche, dont on badigeonne la face externe avec un pinceau imbibé de baume calédonien. On répète, s'il y a lieu, pour obtenir « une cuirasse » au kaori, absolument imperméable à l'air et à l'eau (Le Gall).

Pour le *pansement des brûlures*, on peut substituer au liniment oléo-calcaire classique un *liniment oléo-kaorique*, que M. Charropin, pharmacien de la marine, prépare ainsi:

Teinture alcoolique de kaori ou baume calédonien } ãã 1 partie
Huile d'olives .....}

M. s. a. Agiter vivement et préparer extemporairement.

On applique, sur la surface malade, une couche de ce liniment, et on recouvre d'ouate hydrophile. On obtient ainsi un revêtement protecteur et durable.

Pour enlever le pansement, comme tous ceux au kaori, on doit employer l'eau chaude et l'alcool.

Comme *moyen d'occlusion oculaire*, la cuirasse kaorisée réalise à la fois l'immobilisation du globe de l'œil et sa soustraction aux rayons lumineux. On l'obtient en isolant d'abord les cils par une bandelette de gaze sèche introduite dans la fente palpébrale; ensuite, en appliquant des bandelettes rendues adhésives au moyen du baume calédonien.

C'est ainsi que le kaori remplacera le plâtre et le silicate de potasse dans la confection des appareils immobilisateurs des entorses ou des fractures. Un *appareil inamovible kaorisé* peut être aisément et solidement réalisé en vernissant un bandage roulé avec le baume calédonien, ou, mieux encore, par la superposition de plusieurs plans de bandes kaorisées.

La solidification d'un tel appareil a lieu en dix ou douze heures. Elle durcit moins rapidement que celle du silicate de potasse; par contre, avantage compensateur de cet inconvénient, la durée de l'appareil est plus grande. Sa résistance à l'eau permet aux blessés l'usage des bains tièdes, et sa légèreté donne aux convalescents la possibilité de se mouvoir.

Inutile de s'arrêter sur l'emploi du kaori à l'intérieur. On a pensé en faire un succédané de la térébenthine. C'est possible, mais c'est là une hypothèse encore gratuite puisque, à l'heure actuelle, rien ne l'a encore expérimentalement justifiée.

Le kaori peut rendre des services à la chirurgie rurale et à la chirurgie d'armée. C'est quelque chose! En tout cas, cela suffit pour en recommander l'essai aux praticiens qui, somme toute, sont, en dernier ressort, les meilleurs juges de la valeur clinique et pratique d'un nouveau remède.

CH. ELOY.

REVUE DES CLINIQUES
DE FRANCE ET DE L'ETRANGER

HOPITAL NECKER: I. M. le Dr Guyon: *Rétentions rénales.* — POLICLINIQUE DE BORDEAUX: II. M. le Dr Denucé: *Formes et traitement de la scoliose.* — III. M. le Dr Lagrange: *Traitement de la dacryocystite chronique.*

I. **Rétentions rénales.** — Les rétentions rénales sont les plus fréquentes parmi les affections du rein qui réclament l'intervention. M. Guyon, sans en rechercher les causes, étudie le symptôme constitué par la maladie elle-même, car, et il insiste beaucoup sur ce fait, la rétention rénale n'est qu'un symptôme, non une entité morbide.

M. Guyon en donne une définition: « C'est, dit-il, la distension complète ou incomplète, permanente ou temporaire des cavités du rein et de sa substance elle-même par un liquide de nature variable ». Abstraction faite des causes, on pourra les diviser en aseptiques et septiques, complètes ou incomplètes, aiguës ou chroniques. Ces distensions sont temporaires ou permanentes: le liquide retenu est liquide ou trouble.

La plupart du temps, le liquide est purulent. Une seule fois sur vingt-quatre, M. Guyon a donné issue par la néphrotomie à un liquide clair et aseptique. De même que dans la rétention d'urine dans la vessie, l'urine de la rétention rénale est beaucoup plus pauvre en urée que l'urine normale. La proportion d'urée dans les cas de rétention rénale est insignifiante (0 gr. 53 par litre), ce qui montre que la fonction du rein est profondément atteinte. De même encore que dans la rétention vésicale on observe une diminution, puis une suppression de fonctions. Dans la pyonéphrose, à la fonction normale se substitue une fonction pathologique. Le rein s'amoindrit puis il est supprimé physiologiquement. La rétention de pus est une rétention incomplète, parfois une rétention intermittente.

A côté de ces deux espèces de rétentions distinctes: l'hydronéphrose à liquide aseptique et la pyonéphrose il y en a une troisième tenant de l'une et de l'autre. l'*uropyonéphrose*, que l'on rencontre chez des sujets infectés dont l'urine renferme des leucocytes.

La pyonéphrose se guérit en se transformant en pyélite, les urines restant troubles, car le rein qui a commencé de suppurer ne cesse jamais complètement de le faire. La guérison est rarement spontanée et il faut presque toujours le demander à une intervention chirurgicale toujours efficace, qui, si elle ne guérit pas toujours, amène au moins une amélioration.

II. **Formes et traitement de la scoliose.** — Les causes de la scoliose sont nombreuses; M. Denucé, à l'exemple de M. Kirmisson, les divise en deux grandes catégories.

Indépendamment des causes congénitales, elles peuvent être secondaires, c'est-à-dire consécutives à une maladie antérieure (maladie de Friedreich, spasmes musculaires, paralysie infantile, rachitisme, affections

Digitized by Google

pleurales etc.) ou essentielles. Mais parmi les causes de scoliose, la plus fréquente est le défaut de surveillance de l'enfant pendant son jeune âge et les soins inhabiles ou inintelligents qui lui sont donnés le jour où l'on s'aperçoit de la déviation. Cette déviation, en effet, est d'abord presque toujours convexe à droite, et ceci provient de ce que, dans ses premières années, l'enfant porté sur les bras est toujours assis sur le bras gauche, prenant ainsi l'habitude d'incliner son corps à droite, ce qui le prédispose à la scoliose. Plus tard, à l'école, l'enfant en écrivant prend une attitude vicieuse, et s'accoude sur son bras gauche. Les filles, de plus, exerçant peu leurs muscles, voient ces déviations s'accentuer et devenir permanentes.

La maladie, une fois établie, passe par trois périodes: Dans la phase initiale ou « *posturale* », la déformation disparaît par la suspension et le décubitus. La seconde phase n'offre pas de changement dans la forme des os, mais la déviation ne peut être redressée. Il y a parésie des muscles du côté convexe, raccourcissement et perte d'élasticité des ligaments. Dans la troisième, enfin, la forme des os est modifiée.

Or, quelle que soit la forme de la scoliose, qui offre tant de variétés, le moyen employé est toujours le même: le corset orthopédique, la plupart du temps mal fait et mal appliqué, et dont le principal inconvénient est non seulement l'inefficacité, mais encore la fixation définitive des courbures transitoires.

De préférence à ces lourds corsets orthopédiques, on devra donc choisir les corsets de feutre poroplastiques d'Adams, les corsets plâtrés de Sayre, ou encore les tuteurs spinaux de Chance. Les moyens de traitement employés, variables suivant les cas, doivent répondre aux indications suivantes: supprimer la cause de la déviation, traiter la parésie musculaire, mobiliser le rachis et surveiller l'hygiène des malades.

III. **Traitement de la dacryocystite chronique.** — Sans répudier absolument le cathétérisme des canaux dans la dacryocystite chronique, M. Lagrange lui préfère la cautérisation du sac lacrymal, et avec raison, ce semble. La tumeur et la fistule lacrymales, en effet, consistent le plus souvent dans l'inflammation chronique de la muqueuse du sac lacrymal. C'est donc cette phlegmasie, à la suite de laquelle la muqueuse boursouflée et tuméfiée peut aller jusqu'à oblitérer le sac lacrymal, que le traitement doit essayer de combattre.

De préférence aux caustiques, au galvano-cautère et au cautère à bout olivaire de M. Panas, M. Lagrange emploie le thermocautère non modifié, qui lui donne de bons résultats, et conclut de ses recherches:

1° A la tumeur lacrymale avec ou sans fistule de la dacryocystite chronique, on doit opposer une méthode thérapeutique capable, par sur-irritation, de changer en inflammation aiguë adhésive l'inflammation chronique;

2° C'est à la cautérisation ignée par le thermocautère qu'il faut recourir;

3° Cette cautérisation doit être modificatrice ou destructive, suivant le degré de désorganisation de la muqueuse;

4° Lorsque la muqueuse, trop altérée, ne peut plus revenir à son état physiologique, on ne doit pas hésiter à détruire les parois du sac pour amener l'oblitération des voies d'excrétion des larmes.

P. C.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

CHIRURGIE

De l'extirpation de l'anthrax, par M. Riedel. — L'idée de l'auteur a été d'abréger la durée de l'élimination des foyers de mortification par l'extirpation de ce foyer et conséquemment de substituer à ce dernier une plaie simple (*Deut. Med. Wochens*, 1891, n° 27, p. 845).

Ce procédé permet donc : 1° de transformer un foyer inflammatoire en une plaie intéressant la peau et le tissu cutané seulement ; 2° de réduire cette perte de substance au minimum et enfin d'arrêter l'infection.

En voici la technique :

1° Désinfection du champ opératoire par des lavages successifs avec l'eau savonneuse, l'éther et l'eau phéniquée ;

2° Anesthésie du malade ;

3° Incisions linéaires cruciales, ou transversales, ou combinées entre elles suivant l'étendue de l'anthrax, intéressant seulement la zone de la peau saine ; puis, incision circulaire autour de cette zone, de façon à former avec les précédentes des lambeaux que l'on dissèque rapidement. Compression des vaisseaux.

La plaie est bourrée avec la gaze iodoformée. Cela suffit pour réaliser l'hémostase. Les jours suivants, M. Riedel se sert du pansement phéniqué. Il faut remarquer que l'aspect des plaies opératoires ainsi obtenu paraît effrayant. Cependant, paraît-il, les cicatrices seraient belles. S. R.

MÉDECINE

Des altérations histologiques dans un cas de diabète sucré, par M. Sandmeyer. — Elles ont été constatées à l'autopsie d'un enfant de neuf ans, qui avait succombé au coma diabétique et chez lequel les accidents avaient revêtu, depuis deux ans, un caractère de gravité excessive (*Beitrage z. Cent. f. Klin. Med.* 1891, n° 28).

Dans les reins, il y avait dégénérescence glycogénique des glomérules de Henle et dégénérescence graisseuse des tubuli de l'écorce. Le muscle cardiaque était en dégénérescence graisseuse. On constatait des plaques dégénératives sur les cordons de Goll de la moelle au niveau du renflement cervical et sur la partie inférieure de leur tiers antérieur. Par contre : rien dans les autres organes; intégrité absolue du pancréas. S. R.

Le diagnostic et le traitement du morphinisme, par M. Watson. — De tous les moyens de diagnostic, le meilleur serait l'analyse des urines. Les alcaloïdes de l'opium s'y rencontrent et y donnent une réaction, pendant dix jours, après la cessation de l'administration de ces substances ou de leurs dérivés (*Journal of. Nerv. and mental discosis*, juin 1891).

Comme moyen de traitement on doit conseiller : 1° la suppression graduelle de l'opium et de la morphine; 2° l'usage simultané du bromure de sodium à larges doses ; 3° enfin le traitement dans des établissements spéciaux, une surveillance continuelle et expérimentée étant une condition de la guérison.

S. R.

Digitized by Google

THÉRAPEUTIQUE

Traitement du rhumatisme aigu par les injections périarticulaires d'acide phénique, par M. Gillespie. — A l'instar de Senator mais en modifiant sa méthode, l'auteur a traité ainsi vingt-quatre cas de rhumatisme articulaire aigu (*Med. Press and circular*, 17 juin 1891).

Au niveau de l'articulation il pratiquait une injection hypodermique de deux à cinq gouttes de la solution d'acide phénique a dix pour cent. Cette injection devait pénétrer au voisinage de la synoviale distendue. Les résultats ont été heureux et dans des cas, rebelles à l'acide salicylique, l'auteur a constaté la disparition de l'arthralgie dans l'espace de quelques heures.

S. R.

Du traitement du coma diabétique, par M. E. S. Reynolds. — Dans deux cas où le diagnostic n'était point douteux, l'auteur a employé le traitement suivant qu'il recommande chaleureusement (*The med. Chronicle*, août 1891).

1° Repos absolu au lit; diminution de sévérité du régime classique des diabétiques;

2° Administration modérée de purgatifs légers (huile de ricin), du citrate de potasse à doses répétées et à raison de 1 à 3 grammes par heure;

3° Et même ingestion abondante de liquide: lait, limonade, thé, eau pure, en ayant soin de varier le choix de ces liquides pour en rendre l'administration plus aisée.

C'est une médication à essayer. Le citrate de potasse, ajouterons-nous, agit surtout à la manière des alcalins.

S. N.

TOXICOLOGIE

De l'action toxique de l'alcool amylique, par M. Miessuer. — L'auteur l'a étudiée sur le cobaye. On comprend l'utilité de ces expériences au point de vue de l'hygiène (*Berl. Klin. Woch.* 1891, n° 33).

Cet alcool irrite les muqueuses, qu'il soit ingéré ou bien qu'il soit administré en inhalations. Il provoque la vasodilatation, l'hypotension vasculaire et l'apparition de l'albumine dans les urines. A dose minime, sa toxicité est cinq fois supérieure à celle de l'alcool propylique.

S. R.

OBSTÉTRIQUE D'URGENCE

Les hémorrhagies du col après l'accouchement

Une femme vient d'accoucher. Le travail a été plus ou moins long, plus ou moins pénible. La période d'expulsion s'est prolongée: il s'est agi par exemple d'un rétrécissement du bassin, assez peu serré pourtant pour ne pas empêcher la terminaison naturelle. L'enfant est né soit spontanément soit à l'aide d'une intervention simple. Pendant la délivrance, ou surtout après l'issue du délivre, une hémorrhagie se fait par les voies génitales (1).

La première question à se poser est celle-ci: d'où vient le sang? La source la plus abondante et la plus grave est la cavité utérine; aussi est-ce de ce côté qu'il faut chercher d'abord. La main est mise de suite sur l'abdomen, à la recherche de l'utérus et de son fond. Si le globe utérin est dur, résistant, comme ligneux, s'il a à peu près le volume d'une tête d'enfant, on peut affirmer que le sang ne vient pas de sa cavité.

(1) Voir *Thèse de Laborde*, Paris, 1891.

Existe-t-il une plaie vulvaire? L'examen direct lève tous les doutes.

Indépendamment de la cavité utérine et de la vulve, le siège le plus fréquent des hemorrhagies après la délivrance est le col lui-même. L'écoulement sanguin est peu abondant à la fois, le flot est petit, c'est un filet plus qu'autre chose, mais il continue sans cesse. Le sang est liquide, rouge, rutilant, au lieu d'être noirâtre et en caillots, comme lorsqu'il vient des sinus utérins. Ces pertes venant du col sont parfois insidieuses; car le sang coule en bavant le long du périnée, traverse le drap et le matelas au dessous du siège, si bien que si l'on n'examine pas avec grand soin en faisant écarter les cuisses et relever le siège de la femme, on ne s'aperçoit pas de l'accident. Or, celui-ci peut être grave, mortel même. Et si l'accouchée se plaint de faiblesse, d'étourdissements, de bourdonnements d'oreilles, si elle est prise de baillements, si sa face devient pâle, il faut de suite penser à une rupture vasculaire, et chercher le fond de l'utérus et sa consistance. Si elle est normale, et si la vulve est intacte, il faut faire le diagnostic de déchirure du col, compliquée d'hémorrhagie. Celle-ci est toujours externe, et il suffit de bien la chercher pour la trouver à coup sûr.

Les déchirures du col sont pour ainsi dire constantes après l'accouchement. Or, elles sont rarement compliquées de pertes sanguines. C'est que celles-ci n'apparaissent que lorsqu'un certain territoire de l'organe est lésé. C'est beaucoup plus souvent une déchirure du segment inférieur qui amène pareille complication. Ces lésions n'intéressent qu'une faible épaisseur de la paroi utérine, et elles succèdent d'ordinaire à une distension exagérée de ce segment. Par le palper on rencontre, comme nous l'avons déjà dit, le globe utérin dur et ferme; mais il est parfois très haut, trop haut dans l'abdomen; il semble avoir perdu ses insertions au vagin, tant il est mobile au milieu du ventre. C'est que ce segment inférieur, aminci dans ses parois, allongé par un travail difficile, s'est rempli de caillots au moment de la délivrance, et présente une mollesse toute particulière à la palpation. Par le toucher on rencontre des caillots dans le vagin, on reconnaît la déchirure du col et on la poursuit souvent jusqu'au-dessus du cul-de-sac vaginal, bien que la cavité péritonéale ne soit pas ouverte. Le bord inférieur du corps, dur et rétracté, est senti beaucoup plus haut. Il est intact et bien fermé; c'est lui qu'on désigne sous le nom d'orifice interne, improprement d'ailleurs, puisqu'il est formé en réalité par l'anneau de contraction.

Le diagnostic une fois bien établi, quelle est la conduite à tenir? Il faut de toute nécessité intervenir, car l'hémorrhagie n'a pas de tendance, d'ordinaire, à s'arrêter d'elle-même.

On commencera par donner des injections chaudes à 48 degrés. Mais ce petit moyen, excellent parfois, échoue dans bien d'autres cas. Le seigle ergoté sera inutile ou insuffisant. Il ne faudra pas perdre son temps à l'employer.

La seule intervention logique est l'action directe sur le col. Il faudra mettre la femme en travers du lit,

Digitized by Google

écarter les grandes et les petites lèvres, abaisser le fond de l'utérus par des pressions modérées sur la paroi abdominale, et au besoin accrocher le col avec des pinces de Museux. Toutefois, il faudra prendre garde de déchirer les tissus par des tractions trop brusques ou trop violentes. Cette friabilité de la trame cervicale après l'accouchement explique, d'ailleurs, pourquoi les pinces hémostatiques échouent en pareil cas. Outre qu'il est difficile de voir exactement, au fond du vagin plein de sang, quel est le vaisseau lésé, la pince une fois appliquée va mâcher la lèvre du col, la déchiqueter, et tomber bien vite, sans avoir produit l'effet désiré.

Il n'y a qu'un seul traitement rationnel et efficace ; c'est celui que préconise M. Tarnier, c'est-à-dire le tamponnement.

Mais ici, il est nécessaire de différencier une fois de plus les hémorrhagies du col de celles qui viennent du corps. Lorsque l'utérus est partout mollasse, que le sang provient des sinus ouverts par le décollement placentaire, il faut se garder d'employer le tampon vaginal ; en effet, ce moyen serait alors désastreux, il tranformerait l'hémorrhagie externe en interne, et la femme succomberait. Mais si le globe utérin est dur, bien rétracté, si le sang vient du col ou du segment inférieur, le tampon est tout indiqué. Il faut introduire dans le col, ou le segment inférieur, un certain nombre de bourdonnets de coton bien aseptiques, et enduits de vaseline ; au besoin, s'il existe en même temps des déchirures du vagin, on ferait un tamponnement vaginal complet.

Ensuite, on maintient le globe utérin abaissé dans la région hypogastrique, soit avec de l'ouate maintenue par un bandage de corps, soit à l'aide d'une compression plus énergique. Celle-ci peut être effectuée au moyen d'un sac rempli de plombs de chasse, ou d'un fer à repasser enveloppé de coton ou de linge, le tout fixé par le bandage de corps.

On obtiendra sûrement ainsi l'hémostase définitive.

Si l'on n'a pas sous la main des bourdonnets de coton, on peut se servir de linge très propre préalablement trempé dans du sublimé à un pour mille, ou dans l'eau bouillante. L'essentiel, pour introduire facilement ces linges, c'est de les enduire largement de corps gras, ou mieux de vaseline.

Le moyen le plus pratique d'avoir sous la main un tampon toujours prêt, c'est d'avoir, dans sa trousse obstétricale, le rouleau de gaze que préconise M. Auvard. Cette gaze, iodoformée, sublimée, salolée, ou même simplement rendue aseptique, est introduite dans le vagin et dans le col, aussi haut que possible, et en quantité voulue pour que le tampon soit bien tassé. Les dimensions de ce rouleau de gaze ont été indiquées déjà plusieurs fois dans ce journal.

Combien de temps doit-on laisser le tampon? une fois appliqué, il devra être surveillé pendant une bonne heure, afin que l'accoucheur soit sûr qu'il est bien étanche. Au bout de ce temps, l'accouchée pourra être laissée seule, ou tout au moins confiée à une garde quelconque. Le tamponnement sera retiré, soit douze heures, soit vingt-quatre heures après son application. On prendra de grandes précautions quand on enlèvera les parties les plus profondes, celles qui sont directement en contact avec la plaie vasculaire. Des caillots sont souvent attachés à la paroi utérine au niveau de la source même de l'hémorrhagie. On se gardera de les enlever. On fera une injection vaginale prudente ; puis on fermera la vulve avec un pansement iodoformé, qui sera renouvelé toutes les douze heures. Le deuxième jour, l'hémostase sera suffisamment assurée pour que l'on puisse traiter l'accouchée comme à l'ordinaire.

Dr Demelin

REVUE DES THÈSES

Les dispensaires d'enfants malades, par M. le Dr J.-F. Ph. Jœger (*Thèse de Paris*, 1891).

C'est une tendance qui s'accentue de jour en jour d'hospitaliser le moins possible les enfants; le public et les médecins marchent de pair dans cette idée. Mais ne pas hospitaliser, ne veut pas dire ne pas soigner, bien au contraire.

Du moment que l'enfant malade n'est plus traité dans les salles d'hôpital il faut qu'il trouve à se procurer des soins d'une autre façon.

De cette circonstance sont nées les consultations externes. A l'étranger, les policliniques allemandes, les petits hôpitaux de quartier anglais, les ambulatoria russes, en France, les consultations externes des hopitaux, les dispensaires d'enfants sont venus répondre à ce besoin.

A la clientèle de ces établissements appartiennent tous les chroniques, rachitiques, scrofuleux, dont l'hôpital ne veut pas pour cette première raison qu'ils immobilisaient trop longtemps des lits au détriment des malades aigus. De plus, le séjour à l'hôpital, milieu, malgré tout, confiné et vicié, ne saurait convenir à des organismes pour lesquels le grand air, la campagne, le bord de la mer sont nécessaires.

L'hospitalisation est encore préjudiciable au nourrisson qu'on enlève au sein maternel pour le soumettre à l'allaitement artificiel. Au dispensaire, la mère reçoit, imprimées, les principales recommandations hygiéniques.

Dans l'étude qu'il a faite pour sa thèse inaugurale, notre confrère n'a pas voulu énumérer tous les dispensaires qui fonctionnent à l'heure actuelle.

Le premier créé dans notre pays est celui de Gibert, au Havre (1875). Cette ville possède aussi un dispensaire Dollfus. En province nous comptons encore ceux de Rouen, de Clermont-Ferrand. A Genève existe celui du Dr D'Espine. Paris possède celui du Ier arrondissement et celui du XIXe arrondissement, appartenant à la Société philanthropique.

Mme Furtado Heine a construit et entretient celui du XIVe (1884), beau modèle du genre. A Levallois-Perret existe celui de M. Percire (1887); il y en a un dans le IVe arrondissement celui de M. Ruel; un à Montmartre, dans le XVIIIe arrondissement, et un aux Batignolles dans le XVIIe arrondissement. Le Conseil municipal a fondé celui du XXe arrondissement. Depuis novembre 1889 fonctionne un établissement du même genre, dans le IIe arrondissement. Enfin depuis le mois d'avril, la Policlinique de Paris, fait fonctionner à l'aide des différents services spécialisés de cette institution, un dispensaire scolaire pour les enfants du IVe arrondissement, Comme on voit, l'idée a fait du chemin et chaque arrondissement de Paris aura bientôt son dispensaire pour enfants malades.

M. Jœger s'en est tenu au dispensaire sur lequel il avait des renseignements personnels à nous communiquer. C'est pourquoi son travail sera utile à consulter pour quiconque serait tenté de faire une revue d'ensemble sur le même sujet.

L'auteur nous décrit le dispensaire Dollfus, de Mulhouse,

Digitized by Google

qui date de 1883 : son installation répond aux meilleures conditions hygiéniques, salles d'attente séparées pour les contagieux et les non-contagieux, bains, douches, électricité, gymnastique.

Au milieu du détail de sa statistique notre collègue résume trois nouvelles observations de guérison de pseudo-paralysie syphilitique à côté de deux autres qu'il a déjà publiés dans la Revue mensuelle des maladies de l'enfance en 1887.

Toujours à l'aide de faits cliniques il apporte son appoint à l'étude de la syphilis héréditaire et de son rapport avec le rachitisme, la vérole agissant comme cause de débilitation.

Pour la paralysie infantile et les affections nerveuses nous savons que, parfois des guérisons, mais toujours des améliorations sont possibles par l'électricité, le massage, la gymnastique combinés et continués pendant longtemps.

La thèse se termide par un tableau statistique qui ne comprend pas moins de six pages et qui passe en revue tous les cas traités de 1884 à 1890, inclusivement.

Œuvre personnelle, due à la plume d'un praticien, ce travail sort de la banalité de la thèse. Cette épreuve que la routine continue à imposer, mériterait plus d'égard si elle ressemblait toujours à celle que nous venons d'analyser.

H. Gillet.

Contribution à l'étude de l'hémiplégie spasmodique infantile, par M. le Dr Alph. Retrouvey (*Thèse de Paris*, 1891).

Cette thèse a emprunté ses matériaux au service du Dr Bourneville à Bicêtre et complète la série des travaux inspirés par ce savant neuropathologiste.

L'auteur insiste sur les arthrites sèches se développant en même tempts que les contractures et sur les synovites sèches des tendons. Par l'électricité et le massage pratiqués dès le début des accidents paralytiques et continués longtemps on peut obtenir des améliorations sérieuses, comme on l'observe même chez les vieux hémiplégiques.

La thèse se termine par des tableaux synoptiques qui permettent d'embrasser en quelques pages tous les cas publiés soit dans l'Iconographie de la Salpêtrière, soit dans la thèse de Wuillamier (1882), soit ceux encore inédits, dont l'histoire est rapportée tout au long dans cette monographie instructive.

H. G.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

DERMATOLOGIE

I. **Quelques préparations à l'ichtyol.** — On prescrit ces topiques pour combattre l'hypérémie locale, pour provoquer la vaso-constriction, et comme analgésique.

Pommade à l'ichtyol :

Ichtyol	5 à 30 grammes
Vaseline	100 grammes
Coumarine	0 gr. 10

Teinture éthérée à l'ichtyol :

Ichtyol	5 à 50 grammes
Ether sulfurique	ãã 50 grammes
Alcool à 90°	

Collodion analgésique à l'ichtyol :

Ichtyol	1 à 5 grammes
Hydrochlorate de cocaine	0 gr. 20
Ether	3 grammes
Collodion	30 —

Glycérolé à l'ichtyol :

Ichtyol	1 gramme
Glycérine	1 5 ammes

Savon à l'ichtyol :

Ichtyol	10 grammes
Savon mou	100 —

Lotions à l'ichtyol :

Ichtyol	10 à 50 grammes
Eau	250 grammes

Diachylon à l'ichtyol :

Ichtyol	10 grammes
Emplâtre diachylon	100 —

Emplâtre gélatineux à l'ichtyol :

Ichtyol	2 à 5 grammes
Gélatine	100 grammes

Usage : après ramollissement, l'étendre sur la peau.

MÉDECINE

II. **Poudres composées contre la dyspepsie flatulente.** — Il faut tenir compte des phénomènes qui accompagnent cette dernière dans la posologie de ces préparations.

Existe-t-il de la dilatation stomacale et de la stagnation des aliments, on prescrira une *poudre composée antiseptique*, telle que la suivante :

Naphtol	5 grammes
Magnésie	10 —
Essence de menthe	III gouttes

M. s. a. et divisez en vingt cachets semblables.
Un cachet à chaque repas.

S'il y a de la diarrhée, on préfère, cela va de soi, une *poudre composée astringente et alcaline* :

Bicarbonate de soude	5 grammes
Craie préparée	4 —
Noix vomique	1 —
Quinquina rouge pulvérisé	4 —

M. s. a. et divisez en vingt cachets semblables.
Un cachet avant chaque repas.

On constate de la constipation? Ordonner la *poudre composée antiseptique et laxative* :

Magnésie calcinée	ãã 5 grammes
Soufre sublimé et lavé	

M. s. a. et divisez en vingt cachets semblables.
Un cachet à chaque repas.

Enfin, contre les flatuosités avec gastralgie, on peut essayer une *poudre composée à la cocaïne* :

Hydrochlorate de cocaine	0 gr. 20
Craie préparée	5 grammes
Sulfate de quinine	2 —

M. s. a. et divisez en vingt cachets semblables.
Un cachet immédiatement après chaque repas.

S. R.

CORRESPONDANCE DES DÉPARTEMENTS

Le délire de la contagion

Valence-sur-Rhône, le 30 septembre 1891.

J'ai lu avec le plus grand intérêt le spirituel article de M. le Dr Dauchez sur ce qu'il nomme si gentiment le *délire de contagion*, sur ses *dangers et son traitement*.

Laissez-moi vous dire que j'en accepte absolument l'esprit, et qu'avec lui je suis prêt à considérer la terreur excessive que les maladies contagieuses provoquent dans les familles et dans le public comme un abus, une conséquence extrême et malheureuse des théories microbiennes, d'ailleurs bienfaisantes à tant de titre ! Il est certain que, dès que nous avons diagnos-

Digitized by Google

tiqué une maladie, l'entourage du patient nous pose presque immédiatement cette question : « *est-ce que cela craint ?* » ce qui veut dire, du moins dans notre langue dauphinoise : est-ce que notre vie est en sécurité auprès du malade, et, pour un peu, l'on dirait : auprès de ce pestiféré pour lequel nous vous avons mandé ?

Le moyen d'affirmer catégoriquement *que cela ne craint pas ?* Aujourd'hui que tout est microbe et que nous nageons dans une marée pastorienne si absorbante que toutes les causes reconnues aux maladies par nos aïeux, le froid, la chaleur, l'humidité, la prédisposition définie, l'hérédité elle-même et le terrain diathésique, etc... tout cela, aux yeux de la majorité des nouvelles couches médicales, doit être regardé comme de vieilles rengaines dont il faut faire table rase, et qu'il faut remplacer par le dogme nouveau et indestructible du microbe et de son action infectieuse ?

Je le déplorerai avec M. Dauchez, nous ne ressemblons guère aux alchimistes du moyen-âge, et, si nous avons trouvé la pierre philosophale, avouons que nous sommes un peu pressés de l'exposer à tous les yeux. Tous les voiles sont levés. Le monde médical actuel vit, comme Socrate, dans une maison de verre. Les comptes-rendus des séances académiques et des congrès insérés dans les feuilles politiques, les articles et les volumes de vulgarisateurs de talent, les propos ou causeries de tel ou tel praticien ami du bonheur et de la santé du foyer domestique, les conférences créées, à l'usage du sexe aimable, par la *Croix-Rouge* et par l'*Association des Dames françaises* ont instruit la clientèle de nos découvertes démontrées, et, par excédant, l'ont imprégnée aussi de nos engouements les plus contestables. Ce bon public, à la suite de nos inventeurs les plus fervents, croit tenir l'*ultima ratio* de la pathologie et de l'art de guérir, et, s'il se mêle aux notions qu'il possède quelque fantaisie, cela sert sa conviction et la rend imperturbable. Beaucoup de gens, notamment, en prêtant au microbe la puissance ailée et crochue d'un insecte, d'un animalcule, n'augmentent-ils pas la sainte terreur que leur inspire cet agent de tous nos maux ?

Aussi, en affirmant *que cela ne craint pas*, ou en nous contentant de dire *que cela craint peu*, comme M. Dauchez parait nous y engager avec une réserve finement diplomatique, nous risquerions fort, j'en ai peur, de recevoir du malade lui-même quelquefois, de son entourage immédiat souvent, de ses amis et connaissances toujours, et, au besoin, du confrère voisin, à l'obligeance duquel le problème pourrait être soumis, le plus éclatant et, pour notre considération, le plus préjudiciable des démentis. Ce qui revient à dire qu'il n'est pas facile de ne pas subir la tyrannie de l'*opinion générale*, de cette puissance qu'en politique on a nommée l'opinion publique et qui, a-t-on dit, remporte toujours la dernière victoire.

Lancée sur la voie du contagionnisme à outrance par le courant médical contemporain, la clientèle s'arrêtera d'autant moins que l'exagération d'une théorie exacte en soi ne sert que trop ses instincts d'égoïsme, ce manque d'énergie morale et cette inaptitude au dévouement qui caractérisent notre fin de siècle. Autrefois, rien n'était plus fréquent partout, mais dans nos petites localités surtout que les soins qu'on se donnait en famille. Une mère n'aurait jamais songé à quitter le chevet de son enfant, comme vous en citez un monstrueux exemple ! Mais aujourd'hui la présence d'un malade dans une famille n'est acceptée qu'autant qu'elle n'enlèvera rien à la paix et au bien-être de chacun. Pour assurer cet égoïsme et la sécurité de mauvais aloi dont parle M. Dauchez, la classe pauvre a la ressource d'envoyer le malade à l'hôpital, et la classe aisée celle de se désintéresser des soins dans les mains d'une garde, à laquelle on permet de faire la pluie et le beau temps, à l'encontre souvent des prescriptions mêmes du médecin.

Il est certainement louable de réagir contre les abus dont il donne des observations si précises, et je souhaiterais que les pages excellentes que vous venez d'insérer fussent publiées ailleurs que dans la *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, et notamment par des feuilles politiques. Cette leçon, pleine de bon sens et de mesure, irait d'autant mieux à son adresse, qu'elle prendrait la même voie que les idées opposées ont pu suivre.

Toutefois, puisque nous sommes ici entre nous et bien loin des profanes, permettez-moi de dire que je ne suis pas aussi fermement optimiste que M. Dauchez à l'égard de l'extrême difficulté du transport d'une maladie contagieuse par un tiers. Je vais, si vous le voulez bien, en citer un cas qui m'est tellement personnel que je crois pouvoir en garantir l'authenticité et la bonne observation.

Au mois de janvier dernier, à la suite des vacances du nouvel an, qui avaient mis les jeunes pensionnaires en contact avec leurs familles sur des points très variés, nous eûmes, au Petit-Séminaire de Valence, une éclosion de scarlatine. Grâce aux mesures d'isolement et de désinfection faciles à prendre dans cet établissement très vaste et supérieurement aménagé, tout se réduisit à cinq cas d'ailleurs bien déterminés. A ce moment-là, de l'aveu de mes confrères interrogés avec soin, il n'y avait aucun cas de scarlatine en ville. Pas l'ombre. J'étais donc seul à soigner des scarlatineux, lorsqu'une de mes fillettes tomba malade de cette affection. L'isolement pratiqué instantanément préserva mes autres enfants. Mais n'ai-je pas été l'intermédiaire, le véhicule du germe contagieux, que les précautions de propreté et d'hygiène courante n'avaient pas suffi à détruire sur ma personne. Je n'ai d'ailleurs jamais eu moi-même la scarlatine, et il parait que pour le moment j'y suis réfractaire. Le microbe s'est rattrapé sur ma fille, chez qui, du reste, il n'a pas fait grands ravages.

La pratique de mon excellent ami et distingué confrère le Dr Bouvat, de Saint-Péray (Ardèche) me fournit un autre exemple également net de contagion à distance et par un tiers. Il y a deux ans, cet ami avait dans son canton un foyer de petite vérole. Au même moment, il donnait des soins à une tuberculeuse avérée mais sans fièvre et que des troubles nerveux plus encore que sa tuberculose tenaient contamment alitée. Il n'y avait pas de variole dans la maison qu'elle habitait, il n'y en avait point dans un rayon assez étendu et parmi le cercle de ses connaissances. Sur ces entrefaites, le docteur est étonné de lui voir prendre une fièvre vive, à laquelle succède bientôt une éruption variolique confluente, qui l'emporte au bout de quelques heures. L'enquête à laquelle mon confrère et ami s'est livré lui a permis de conclure *in petto* qu'il avait probablement porté la mort à sa cliente, auprès de laquelle une longue suite de visites lui était promise, du fait de sa maladie chronique. On n'est pas plus maladroit.

En vous écrivant, il me revient une autre observation dont j'ai été l'acteur et le témoin pendant que j'étais interne à l'Hôtel-Dieu d'Avignon. J'ai, un soir, l'imprudence de recevoir, en infraction avec les règlements, un passager qui m'apitoie par son air fatigué et que je n'examine pas. Je lui fais donner un lit, tout au fond d'une de nos salles de blessés. Le lendemain matin, l'infirmier de garde vient me chercher, me disant que le voyageur n'a pu repartir, qu'il a beaucoup de fièvre et la figure enflée et toute rouge. Je descends et constate une variole confluente à laquelle le pauvre homme devait succomber. Eh bien ! malgré l'isolement immédiat de ce cas dans des bâtiments spéciaux, nous eûmes, probablement par l'intermédiaire des sœurs et des infirmiers qui avaient pu approcher du malade et de moi-même, toute une petite épidémie intérieure. Je me rappelle que le premier de nos pensionnaires contaminé fut un vieillard, au pied duquel mon excellent maître le Dr Pamard avait fait l'opération de Pirogoff et qui n'avait pas encore quitté son lit. Comme il n'eut d'abord qu'une fièvre subaiguë,

Digitized by Google

un délire tranquille et des boutons qui n'étaient pas encore caractérisés, nous croyions tenir, mon maître Pamard, son collègue et fidèle assistant le Dr Paul Cassin et moi, une belle observation d'intoxication iodoformique. Je ne puis me souvenir de ce détail sans sourire. Je ne me rappelle pas par le menu les autres cas, mais nous eûmes une religieuse atteinte, bien qu'elle n'eût pas approché directement le varioleux; la malade se transporta dans nos salles de chirurgie dans nos salles de médecine. La propagation ne cessa, que, lorsque bien édifiés sur le danger qui nous menaçait, nous eûmes cantonné tous nos cas dans un bâtiment à part et qui fut desservi par un personnel particulier, sans contact avec les autres services de l'hôpital. Cette mesure fut excellente et arrêta net l'épidémie.

En résumé, la vérité est dans un juste milieu. Elle est contenue, dans les sages paroles de M. Gingeot. « Gardons-nous de formuler des préceptes inapplicables, quel qu'en soit le bien fondé théorique », parce que, dirai-je en moins bon langage, cet ostracisme aboutit à des effets absurdes et risque d'ailleurs de nous retomber sur le nez. Mais « en protestant contre l'égoïsme engendré par la crainte et en veillant à ce que celle-ci ne refroidisse pas le dévouement, laissons-la cependant produire des fruits de prudence utile. »

N'est-ce pas faire une œuvre méritoire que de remplacer par l'idée de la contagion ce préjugé qui consiste à croire que plusieurs des maladies qui atteignent plus particulièrement l'enfant, la rougeole, la coqueluche, etc... sont comme les étapes indispensables de son développement?

N'y a-t-il pas urgence aussi à rendre plus rigoureuse encore l'inspection médicale des écoles et à empêcher par exemple la production du fait suivant, qui s'est accompli tout cet été sous mes yeux : un petit bonhomme de mon quartier qui avait une coqueluche très forte et que la voiture d'un pensionnat, véritable charretée de bébés, venait chercher tous les matins? N'eût il pas mieux valu, pour le repos des familles, sinon de la sienne propre, que ce petit diable restât chez lui, au lieu d'être lancé, comme une pomme gâtée, au milieu de cette cohue de petits gars?

Trouverez-vous bien mauvais aussi que nos malades alités soient désormais délivrés de toutes ces visites encombrantes, pour ne pas dire pis, que la crainte d'une contagion pourra dorénavant écarter?

En somme, le contagionnisme a du bon, en se gardant de tout *délire* et s'il trouve son correctif nécessaire dans le relèvement de la moralité publique. La santé des générations nouvelles me paraît destinée à en bénéficier largement, et le rôle du médecin est peut-être appelé à se modifier ainsi : guérir quelquefois, *prévenir souvent*, soulager toujours. J'avoue que la seconde partie de ce programme ne grossira pas beaucoup sa bourse et qu'elle risque fort de lui donner une occasion de plus d'éprouver les effets de l'ingratitude humaine. Mais quoi! si nous sommes vraiment épris de notre art et convaincus de son action utile dans le monde, la nécessité d'un peu plus d'abnégation et d'un renoncement plus complet encore que par le passé, est-elle pour nous faire peur!

Dr Ferlin.

On lira avec plaisir, je l'espère, cette lettre que notre distingué confrère m'a fait l'honneur de m'adresser à propos du travail si intéressant de M. le Dr Dauchez.

De temps en temps, comme cela, il est bon d'entendre la voix du bon sens. En effet, cher confrère ; très bien! Microbienne et non microbienne, la pathologie qui se croit moderne, parce qu'elle le dit, chaque jour se complète. Après la *monomanie de la citation*, le *prurit bibliographique* et le *délire de la contagion*; voici l'*obsession de la publicité* Ce sont maladies fin de siècle!

Ch. Eloy.

REVUE DES CONGRÈS

20e session de l'Association française pour l'avancement des sciences

(TENUE A MARSEILLE DU 17 AU 24 SEPTEMBRE 1891) (1)

I. *Artério-sclérose.* — II. *Poumon cardiaque ; artérites toxiques.* — III. *Hémiplégies palustres.* — IV. *Nettoyage manuel de l'utérus après la délivrance.* — V. *Diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine.* — VI. *Action des sucs des Euphorbiacées.* — VII. *Abcès dentaires, extraction précoce.* — VIII *Traitement du glaucôme par drainage de la chambre postérieure ou scléro-iritomie.*

I. **Artério-sclérose.** — M. Chiais a remarqué qu'avant même de présenter des lésions anatomiques les artério-scléreux présentent des troubles nutritifs physiques et chimiques, et des troubles fonctionnels.

Les troubles physiques sont révélés par la dialyse lente des liquides et leur imparfaite élimination par le rein. Les troubles chimiques sont caractérisés : 1° par du ralentissement nutritif que démontre l'hypoazoturie absolue ; 2° par des oxydations imparfaites que démontre l'hypoazoturie relative. Les troubles fonctionnels sont constitués par l'hypertension et l'insuffisance rénale. De ces notions découlent quatre indications : Il faut régulariser la dialyse des liquides, faire disparaître l'insuffisance rénale, le ralentissement des échanges nutritifs et l'oxydation imparfaite.

On peut arriver à remplir ces quatre indications par le régime alimentaire : ralentissement des boissons et liquides, régime lacté et quelquefois cure de raisins. Les résultats sont plus rapides en donnant aux malades, en plus de ce traitement, de l'iodure de potassium à petites doses. La cure d'Evian donne de bons résultats quand cette médication a échoué. Quand cesse l'insuffisance rénale le malade est guéri de ses troubles fonctionnels, car les troubles physico-chimiques disparaissent.

II. **Poumon cardiaque, artérites toxiques.** — M. Boy-Tessier complète l'étude qu'il a faite dans sa thèse de 1883. Au point de vue anatomique il résume ainsi la structure du lobule dans le poumon cardiaque :

1° Epaississement de l'espace péri-lobulaire ;

2° Exagération plus ou moins grande de l'espace central composé d'une gangue conjonctive qui enserre une bronche présentant, à des degrés variables, des lésions de bronchite chronique et une ou deux artères toujours atteintes d'artérite.

3° Epaississement des cloisons intra-alvéolaires ;

4° Dilatation de tous les vaisseaux sanguins avec épaississement de leurs parois ;

5° Rétrécissement de la cavité alvéolaire par la réunion de ces altérations ou réplétion par les lésions congestives.

Au point de vue pathogénique, la lésion artérielle est dûe aux modifications de la circulation veineuse et artérielle. Les conditions de la mauvaise circulation veineuse sont sous la dépendance des lésions valvulaires ou myocarditiques.

On peut, ce qui expliquera l'artérite constante du poumon cardiaque, diviser les artérites en trois classes :

1° Les artérites reconnaissant la même cause que celle qui a produit la cardiopathie.

2° Les artérites justiciables des causes banales de l'artérite.

3° Les artérites causées par les produits toxiques accumulés dans le sang par la mauvaise circulation.

C'est ce qui amène l'auteur à formuler cette loi : l'artérite est fonction d'auto-intoxication.

(1) Fin. Voir n° 40, page 633.

Digitized by Google

III. **Hémiplégies palustres.** — M. Laplane relate l'observation d'un impaludique chez lequel une hémiplégie gauche a succédé à deux accès de fièvre pernicieuse à forme apoplectique. Il observa ensuite de la raideur musculaire avec exagération des réflexes et atrophie de certains muscles. Cette hémiplégie ne peut être attribuée à une simple congestion cérébrale, elle provient plutôt de lésions en foyer de la substance corticale provoquées par des embolies pigmentaires peut-être parasitaires. L'exagération des reflexes et la contracture sont expliquées par la dégénérescence secondaire des cordons latéraux des cornes antérieures.

IV. **Nettoyage manuel de l'utérus après la délivrance.** — Mme Gaches-Sarrante cherche à appliquer le nettoyage de l'utérus à la prophylaxie des métrites. La région du col de l'utérus est lisse et ne retient jamais aucun caillot. La partie supérieure, au contraire, irrégulière, est le principal siège de la résorption. C'est donc cette partie qui doit être débarrassée des corps étrangers. Après le nettoyage manuel les femmes échappent à la métrite, deviennent plus facilement enceintes ensuite et les suites de couches sont plus bénignes. Il n'y a jamais d'hémorrhagie.

V. **Diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine.** — M. Boisieux, outre les signes ordinaires de la grossesse, indique les signes suivants particuliers à la grossesse extra-utérine; 1° présence d'une tumeur dans un des culs-de-sac; 2° petitesse de l'utérus par rapport à l'âge présumé de la grossesse; 3° absence de ramollissement du col; 4° douleurs violentes s'irradiant dans le bas ventre. Enfin le diagnostic est certain quand on reconnait une muqueuse déciduale.

Il faut opérer quand il y a menace de rupture. S'il y a trop d'adhérences on enlève ce que l'on peut.

VI. **Action des sucs des Euphorbiacées.** — MM. Heckel et Boinet ont étudié l'action des sucs des Euphorbiacées exotiques (mancenillier, sablier, etc,) qui ont une action à peu près semblable à celle du curare : ils paralysent la fibre musculaire volontaire. La conductibilité des nerfs reste intacte. Les fonctions du système nerveux et du cœur ne sont pas altérées.

VII. **Abcès dentaires. Extraction précoce.** — M. Eyssautier. Dans l'abcès dentaire, la dent est un corps étranger que la nature cherche à éliminer. Il en résulte des réactions inflammatoires et la rétention d'agents infectieux. L'infection trouve dans la bouche un milieu favorable, ce qui amène d'abord une suppuration qui gagne de proche en proche, puis la phlébite des veines périphériques. La cause, c'est à-dire la dent, en pareil cas, doit être supprimée. On doit de toute nécessité pratiquer l'avulsion de *l'épine alvéolaire* sans se préoccuper de la fluxion, si étendue soit-elle.

VIII. **Traitement du glaucôme par drainage de la chambre postérieure ou scléro-iritomie.** — M. Nicati préconise comme conséquence de la physiologie nouvelle des procès ciliaires, le manuel opératoire suivant :

Un large pli conjonctival étant saisi au-dessus de la cornée, un couteau triangulaire effilé est introduit sous ce pli tangentiellement à la cornée, la lame contre l'œil, et sectionne de dehors en dedans. Du sang apparait dans la chambre postérieure quand on sectionne l'iris.

On doit ainsi traiter tous les glaucômes mais surtout celui qui est consécutif aux névroses de la cornée, où l'iris forme partie intégrante de la cornée et où se développe le staphylome antérieur. La sclérotomie donne des récidives. La scleroiritomie au contraire répond à l'indication du glaucôme qui est de combattre la rétention de l'humeur aqueuse par une fistule donnant issue directement sous la conjonctive.

P. C.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES FRANÇAISES

Paris. — **Société de médecine pratique.** (23 juillet 1891). I. *Traitement de la leucorrhée par l'hélénine.* — II. *Le signe de Téjéda et le diagnostic de la spléno-pneumonie.* — Lyon. **Société des sciences médicales.** (1er juillet 1891). III. *Un cas d'arrachement de l'auriculaire de la main droite.*

I. **Traitement de la leucorrhée par l'hélénine.** — L'idée de ce traitement appartient à M. Abeille (de Nantes). C'est en s'inspirant des résultats obtenus par ce confrère que MM. Hamonic et Parisot viennent, après avoir reconnu la faible toxicité de l'hélénine, de l'employer à l'intérieur contre la leucorrhée dépendante de l'endométrite catarrhale.

A leur avis cette substance aurait une action élective sur les glandes du col utérin, modifient leurs secrétions et dessèchent pour ainsi dire sa muqueuse. Les observations cliniques seraient au nombre de soixante et toutes, circonstances exceptionnellement heureuses, seraient favorables !

L'hélénine, disent-ils est toujours bien tolérée. Dans sa posologie il est inutile de dépasser quatre centigrammes par 24 heures. Un ou deux centigrammes suffisent ordinairement.

Exceptionnellement, elle donne lieu à un peu de diarrhée, à des renvois, à de la lourdeur d'estomac ou à quelques crampes. On la prescrit sous la forme pilulaire :

Hélénine brute	} ãã 1 gramme.
Inuline	
Sucre de lait	Q. S.

pour 100 pilules.

De deux à quatre dans les 24 heures.

L'inuline n'ayant aucune valeur thérapeutique, on peut la supprimer ou la remplacer par de la poudre de réglisse ou de la conserve de rose. C'est une médication à mettre à l'essai.

II **Le signe de Téjéda et le diagnostic différentiel de la spléno-pneumonie.** — On connait les difficultés de ce diagnostic et la nécessité dans le doute de faire appel à une ponction exploratrice. Le signe de Téjéda permet parfois d'éviter toute hésitation.

On le doit, son nom l'indique, à Téjéda, médecin distingué de Mexico, et M. Dubousquet-Laborderie en donne en ces termes les caractères cliniques et la valeur.

La théorie du signe de Téjéda repose sur ce fait, qu'à l'état normal, le son provoqué par un choc sur le sternum se transmet à l'oreille sans vibrations appréciables et n'est nullement comparable au son vibratoire qu'on perçoit dans la spléno-pneumonie.

En présence d'un malade qui présente un état pulmonaire ou pleurétique qui fait hésiter entre une spléno-pneumonie et une pleurésie avec épanchement, on auscultera attentivement le foyer de la matité en plaçant bien son oreille au point où la matité est la plus forte et en même temps on percutera avec le bout des doigts, à coups secs, assez légers, espacés, la partie antérieure par exemple si la matité est à la base en arrière, comme c'est l'ordinaire.

Si c'est une pleurésie il n'y a pas transmission des vibrations à l'oreille, on entend simplement le bruit produit par la percussion, choc sec à tonalité plus ou moins élevée, les vibrations dans ce cas étant arrêtées par la couche liquide. Si on a affaire à une spléno-pneumonie, la transmission des vibrations se fait au contraire à travers le thorax d'une façon nette et distincte. En ce cas le son qu'on entend en plein foyer de matité est franchement vibratoire à tonalité basse.

Il est essentiel de choisir, pour présenter un plan osseux, le sternum à sa partie supérieure, les vertèbres dorsales où il n'y a ni muscles ni couche adipeuse pouvant amortir l'intensité du son.

Dans la spléno-pneumonie, ce signe serait constant : du

Digitized by Google

moins c'est l'avis de M. Téjéda et de M. Laborderie. Il serait désirable qu'il en fût ainsi, car on aurait dans sa présence, une indication précieuse pour le diagnostic d'une affection toujours difficile à reconnaître.

III. **Un cas d'arrachement de l'auriculaire de la main droite.** — C'est là un traumatisme exceptionnel, comme M. Tuja l'a fait remarquer aux membres de la Société des sciences médicales de Lyon en présentant la pièce anatomique.

Il s'agissait d'un blessé du service de M. Poncet ; exercant la profession de terrassier, et mordu par un cheval au niveau du petit doigt de la main droite.

On remarquait, en effet, au niveau de la phalange unguéale, sur les faces dorsale et palmaire, une dilacération profonde des tissus qui correspond à l'endroit de la morsure. Le doigt a été arraché à distance au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne. Il n'y a pas eu désarticulation, mais fracture de l'extrémité du métacarpien correspondant, fracture esquilleuse paraissant due à un mouvement de torsion. La peau est tranchée d'une façon assez nette suivant une surface circulaire partant du premier espace interdigital pour s'incliner en haut et en dedans sur le bord interne de la main. Les tendons extenseurs et fléchisseurs ont été arrachés sur toute leur longueur jusqu'à la jonction avec le corps charnu. Les deux tendons extenseurs propre et commun ont une longueur de 15 cent., le tendon fléchisseur a 18 cent.

Le malade avait reçu à son entrée un premier pansement soigneusement antiseptique. Dix jours après il fut pansé à nouveau. Point de pus, plaie bourgeonnante et de bonne nature ; les douleurs constatées à l'entrée au niveau du trajet des tendons arrachés ont à peu près disparu. Etat général excellent.

Cette observation est intéressante à divers points de vue :

1° Par le traumatisme qui en fait l'objet : on a bien signalé des arrachements du pouce et de la main, mais ceux de l'auriculaire sont tout au moins bien rares.

2° Par l'arrachement *simultané* des tendons extenseur et fléchisseur, accompli du reste suivant les données classiques à la jonction du corps charnu et du corps tendineux.

3° Par la bénignité que peut présenter un traumatisme et l'absence de ce genre. Phénomènes inflammatoires du côté des gaines tendineuses. K. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 octobre 1891

Présidence de M. le Dr Regnault

Des fièvres paludéennes d'Algérie. — D'après M. Treille, les fièvres paludéennes d'Algérie sont des maladies bénignes dont on est toujours maître. Elles guérissent souvent seules. L'expectation, même prolongée, n'offre pas de danger, à condition que le malade soit aussi largement nourri que possible. Il n'y a pas de type de fièvre absolument pur. Les fièvres tierce et quarte ont une grande tendance à revenir au type quotidien quand leur marche est troublée par l'administration de la quinine. Celle-ci doit être donnée au début de l'accès.

M. Treille reconnait à la température cinq modes différents : 1° Série des accès oscillants ; 2° Série des accès sensiblement égaux et faibles ; 3° Séries inversement systématiques ; 4° Séries descendantes terminées par un accès très intense ; 5° Séries descendantes d'emblée aboutissant à une mutation de type.

M. Treille n'a trouvé, dans aucun cas, les organismes décrits par M. Laveran.

Du mycrozyma du lait. — M. Béchamp termine la lecture de son mémoire par les conclusions suivantes : Le lait de vache s'aigrit et caille spontanément. Le lait de femme et d'ânesse aigrit sans se cailler. L'air et les ferments végétaux ne sont pour rien dans l'altération du lait. Les mycrozymas propres du lait sont la cause unique de ses altérations. Les vibrions n'apparaissent qu'une fois les altérations produites.

L'acide phénique et la créosote retardent l'apparition des vibrions. Si on ajoute l'acide phénique au lait dans la proportion de 1 p. 100, les altérations sont retardées, mais finissent par se produire. Le lait exposé à l'air s'aigrit et se caille avant l'apparition des vibrions. L'ébullition agit en modifiant l'action des mycrozymas. Le lait bouilli et phéniqué peut se conserver indéfiniment. Les mycrozymas ne sont pas un ferment : le mycrozyma est à la bactérie ce que le têtard est à la grenouille.

M. Lereboullet lit un rapport sur le prix Vernois.

LES JOURNAUX DE LA SEMAINE

La médecine au Parlement et les officiers de santé. — Extrait de la *France médicale* du 2 courant, et d'un article de notre très honoré confrère, M. Corlieu :

Ils sont au Sénat et au Palais législative une cinquantaine de médecins — les uns, étoiles de première grandeur, les autres, étoiles filantes — et jusqu'à présent, à part un seul qui a donné son nom à une loi protectrice de l'enfance, ils n'ont guère signalé leur présence par des actes qui soient de nature à sauver leur nom de l'oubli ou qui puissent leur mériter la reconnaissanee de leurs confrères présents ou futurs. Dans aucune des lois dans lesquelles les intérêts médicaux sont en jeu — intérêts qui en valent bien d'autres, — nous cherchons en vain une intervention dans les discussions législatives. Nous ne demandons pas à nos confrères l'éloquence des de Broglie, des Foy, des Gambetta ; mais il en est cependant qu'on peut considérer comme d'habiles orateurs ....

La loi qu'on va proposer sur l'officiat de santé va-t-elle leur faire rompre le silence ?

Nous n'avons pas à rappeler ici les motifs qui ont amené la création de ce second ordre de médecins. Ils sont connus. La Commission sénatoriale chargée d'examiner et de rapporter la loi sur l'exercice de la médecine votée par la Chambre des députés et qui n'a amené que deux ou trois confrères à la tribunes, MM. Bourgeois (de la Vendée), Delestable, Isambart, cette Commission a jugé à propos, avant de se prononcer, de consulter les conseils généraux, afin de savoir s'il y avait lieu de conserver ou d'abolir les officiers de santé. C'est accorder aux conseillers généraux une compétence qu'ils n'ont pas. Pendant qu'on y est, pourquoi ne pas les consulter aussi sur la réforme de l'orthographe et sur la nécessité de modifier les uniformes militaires ?

Prenons au hasard un département, celui de l'Aisne, par exemple. Le Conseil général a maintenu les deux ordres de médecins. Bien qu'il y ait parmi les conseillers généraux, des médecins, même un ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien législateur, le rapporteur a été un jeune sous-chef de bureau au ministère de l'Intérieur, nullement au courant des choses de la médecine, et il a conclu au maintien des officiers de santé.

Si nous consultons les Annuaires de ce département, nous voyons que, en 1852, il y avait 169 officiers de santé et 99 docteurs en médecine. En 1890, la proportion est contraire ; il y a 58 officiers de santé contre 127 docteurs. La diminution du nombre des praticiens s'explique par la plus grande facilité des moyens de communication et le meilleur état des routes. Les officiers de santé eux-mêmes condamnent l'officiat, puisqu'aucun d'eux ne s'est contenté du diplôme d officier pour son fils : tous les font recevoir docteur. La statistique et les faits sont donc pour l'abolition de l'officiat de santé.

Digitized by Google

Laissons donc de côté l'opinion des conseils généraux : songeons à l'intérêt général des populations Reconnaissons les services qu'en d'autres temps les officiers de santé ont rendus au pays, laissons-les s'éteindre honorablement et demandons que dorénavant ce grade soit supprimé : *Salus populi suprema lex esto!*

INFORMATIONS

ÉTRANGER

BELGIQUE. — **L'hygiène dans l'Afrique équatoriale,** — Sous la rubrique de *prix du roi des Belges*, le ministère de l'Instruction publique de Belgique met au concours, pour le 31 décembre 1896, la question suivante, à laquelle peuvent répondre les nationaux et les étrangers :

« Exposer, au point de vue sanitaire, les conditions météorologiques, hydrologiques et géologiques des contrées de l'Afrique équatoriale.

» Déduire de l'état actuel de nos connaissances en ces matières les principes d'hygiène propres à ces contrées et déterminer, avec des observations à l'appui, le meilleur régime de vie, d'alimentation et de travail, ainsi que le meilleur système d'habillement et d'habitation à l'effet d'y conserver la santé et la vigueur.

» Faire la symptomatologie, l'étiologie et la pathologie des maladies qui caractérisent les régions de l'Afrique équatoriale et en indiquer le traitement sous le rapport prophylactique et sous le rapport thérapeutique. Etablir les principes à suivre dans le choix et l'usage des médicaments, ainsi que dans l'établissement des hôpitaux et sanatoria.

» Dans leurs recherches scientifiques, comme dans leurs conclusions pratiques, les concurrents tiendront particulièrement compte des conditions d'existence des Européens dans les diverses parties du bassin du Congo. »

Un prix de 25,000 francs sera décerné au lauréat du concours.

La mortalité infantile. — Pendant que la mortalité générale diminue, le coefficient de la mortalité infantile augmente. De 1869 à 1872, le coefficient de la mortalité générale a été de 24,43 pour 1000 ; et de 1885 à 1888, de 20,25 ; soit une diminution de 4,18 décès pour 1000 ; ce qui, pour une population de 6,000,000 d'habitants, représente une économie annuelle de 25,000 existences.

Or, sur 1000 enfants de moins d'un an, 148 ont succombé annuellement de 1869 à 1872, et 159, de 1885 à 1888. Il y a donc une augmentation de la mortalité infantile, dont la Commission médicale de la province du Hainaut s'est émue. Elle vient, sous la signature de son président, M. Gallez ; de son secrétaire, M. Descamps, et par la plume de M. Schrevens, de rédiger des instructions populaires destinées à éclairer sur les bienfaits de la méthode antiseptique, appliquée aux accouchements et aux soins à donner à la première enfance, à favoriser l'assistance publique et privée ; enfin, à combattre surtout les préjugés contre l'hygiène, auxquels il faut attribuer en partie cette excessive mortalité.

SUÈDE. — La **Société de chirurgie du Nord.** — Cette Société internationale vient de se fonder à Gottenbourg avec des sections internationales, représentée par MM. Henricius (Finlande), Hjort, Jerwell, Schœnberg, Nicolaisen (Norwege), Howitz, Studsgaard, Tscherning (Danemark), et Berg, Lenander, Linth et Netzel (Suède).

Le Bureau, élu par l'Assemblée des fondateurs, a MM. Howitz pour président et Tscherning pour secrétaire, qui, tous deux, on le remarquera, sont de nationalité danoise. Ce Bureau organise la première réunion, qui aura lieu à Copenhague en 1892.

SUISSE. — **Les étudiants en médecine dans les Facultés suisses.** — Pendant le semestre d'hiver de l'année universitaire 1890-91, on a compté 941 étudiants en médecine à Zurich, Lausanne, Berne, Bâle et Genève. Pendant le semestre d'été de cette année, ce nombre s'est élevé à 965.

NOUVELLES MILITAIRES

AUTRICHE. — **La tuberculose dans l'armée autrichienne.** — Plus fréquente parmi les troupes autrichiennes que parmi celles de Hongrie, la tuberculose sévit surtout dans les garnisons roumaines et galliciennes.

Elle est plus considérable que dans la population civile. Le casernement paraît en favoriser le développement. Enfin, en établissant une échelle de morbidité en fonctions des nationalités, on voit que cette affection fait des victimes dans l'ordre suivant de décroissance : Polonais, Rhutènes, Roumains, Croates, Serbes, Slovènes, Allemands, Tchèques, Magares et Slovaques.

VARIÉTÉS

La statistique médicale de l'Exposition de 1889. — Avant l'ouverture de l'Exposition et pendant la période des travaux, le service médical a donné 21,023 consultations. Pendant la période d'exploitation, il a eu à soigner 903 accidents gastro-intestinaux, 197 syncopes, 501 contusions, 1,401 plaies, 732 attaques d'hystérie et 4,791 affections diverses. Il a eu, de plus, à constater 11 décès parmi les visiteurs. On ne dit pas quel est le nombre exact des ouvriers tués pendant les travaux ou ayant succombé à des traumatismes.

Pommade antiseptique adhésive. — Dite pommade de l'hôpital Saint-André, cette préparation est ainsi composée, d'après la *Gazette des Sciences médicales de Bordeaux* :

Oxyde de zinc	0 gr. 30
Chlorure de zinc	1 gr. 50
Gélatine	20 gr.
Eau	30 gr.

Cette pommade maintient le protective à la surface des plaies et dispense d'employer des bandes après les opérations ; elle rend surtout de grands services pour le pansement des plaies de la face.

L'augmentation du poids du corps pendant l'allaitement. — M. Carles (de Bordeaux), dans une étude sur le régime lacté, donne les chiffres suivants. A la naissance, le poids moyen d'un enfant est de 3,200 grammes. Il s'accroît ensuite :

Pendant le 1er trimestre, de...	23 gr. 35	par jour
— le 2e — —	18 gr. 35	—
— le 3e — —	13 gr. 04	—
— le 4e — —	8 gr. »	—
soit, pendant la 1re année, un accroiss. en poids de	6 k. »	env.
— la 2e — — — de	2 k. »	—
— la 3e — — — de	1 k.200	—
— la 4e — — — de	1 k.600	—

Soit, de 0 à 5 ans, un *accroissement* en poids de	12 kil.	570
— 5 à 10 — — — de	8 —	750
— 10 à 15 — — — de	19 —	100
— 15 à 20 — — — de	16 —	400
— 20 à 25 — — — de	2 —	870
— 25 à 30 — — — de	0 —	720
— 30 à 40 — — — de	0 —	»
— 40 à 50 — une *diminution* en poids de	0 —	210
— 50 à 60 — — — de	1 —	520
— 60 à 70 — — — de	2 —	420
— 70 à 80 — — — de	1 —	690
— 80 à 90 — — — de	0 —	»

Digitized by Google

Ce tableau montre que c'est précisément pendant le temps durant lequel il n'est *nourri que par le lait* que le corps *s'accroît le plus* : 6 kilos pour la seule première année.

Un traitement simple des polypes du nez. — Il est conseillé par M. King et consiste à passer une sonde de Belloc dans les fosses nasales préalablement anesthésiées par la cocaïne. Quand l'extrémité de cette sonde est parvenue dans la cavité buccale, on y fixe, au moyen d'un fil, un chapelet de trois éponges et on retire l'instrument.

Les éponges sont entraînées dans les fosses nasales. La première balaye généralement avec elle les concrétions polypeuses. Les deux suivantes arrêtent l'hémorrhagie et assurent le nettoyage des cavités.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

CLINIQUE OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

ADAME (D.). — Contribution à l'étude des fibro-myomes utérins (*Revista medica de Sevilla*, 15 juin 1891).

ALTOBELLI. — De l'éclampsie chez une femme gravide (*Revista clinica e terapeutica*, juin 1891, p. 398).

DUCKE (A.). — De la valeur du bioxyde d'hydrogène en gynécologie (*The Lancet*, 18 juillet 1891).

GOULLIOUD. — Hystérectomie pour cancer utérin et pour prolapsus. — Extirpation vaginale du pédicule (*Lyon méd.*, 12 juillet 1891).

LAYRAL ET MARTIN. — Deux observations d'hystérectomie vaginale pour cancer de l'utérus (*Loire médicale*, 15 juillet 1891).

LAWSON (D.). — De l'inflammation des trompes et des ovaires et de leur traitement (*The Medical Chronicle*, juillet 1891 p. 256).

VINEBERG. — Du traitement de la rétroversion utérine avec adhérences (*The N.-York Med. Record*, 11 juillet 1891).

THÉRAPEUTIQUE

ABBOTT (G.). — Des tampons. (*The N.-Yor. Med. Journal*, 12 sept. 1891).

BLOCK. — De l'azotate de strychnine contre les amblyopies toxiques par l'alcool et le tabac. (*The N.-York Med. Journal*, 12 sept. 1891).

BOZZOLO. — L'antinervine. (*Riforma medica*, 8 sept. 1891).

COMESSATI. — Recherches expérimentales sur l'action physiologique de la chinaldine. (*La thérap. mod.*, août 1891).

EPHRAIM. — Action thérapeutique des injections rectales d'acide carbonique. (*Deut. Med. Zeitung*, 1891, n° 26 à 28).

FRANKE. — De l'infection et de la désinfection des collyres. (*Deut. Med. Woch.*, 1891, n° 33).

FULLERTON. — Effets toxiques de la cocaïne ; leur traitement. (*The Lancet*, 19 sept. 1891, p. 663).

GELLHORN. — Le sulfate de duboisine comme sédatif et hypnotique. (*Deut. Med. Woch*, 1891, n°s 30, p. 932.

GOODHART. — Le repos et l'alimentation dans le traitement de l'anémie et de l'anorexie nerveuse. (*The American Journal of med. Sciences*, sept. 1891).

HERZOG. — Les propriétés thérapeutiques du chlorhydrate de phénocolle. (*Deut Med. Woch.*, 1891, n° 31, p. 946).

HUBNER. — Le formiate de lithium ; nouvel agent anti-rhumatismal. (*Deut. Med. Zeitung*, 1891, n° 87, p. 767).

MENSI. — Du salol dans la diarrhée infantile. (*Giornale del Acad. de med. de Torino*, juin 1891).

MORFORI. — De l'action désinfectante et antiseptique du gaïacol. (*Annali de chimica*, h. XIII, 1891).

PARISOT. — Du traitement de la diphtérie par les irrigations salicylées. (*Bull. de thérap.*, 15 sept. 1891).

PASSERINI. — Le chlorophénol, son emploi comme antiseptique dans les maladies chroniques du poumon. (*Gaz degl. Ospid.*, 9 août 1891).

SCHIPPERS. — Du bromoforme dans la coqueluche. (*Nederlandsch. Tydschrift voor Geneeskunde*, 29 août 1891).

TROJI et TANGI. — De l'action antituberculeuse de l'iodoforme. (*Berl. Klin. Woch.*, 1891, p. 683).

VIS. — L'ortho-oxethylanamonoacetylamido-chinoline ; nouvel antipyretique. (*Pharm. Zeits für Russland*, 1891, n° 31, p. 485).

CLINIQUE CHIRURGICALE

ABBOTT. — Le rectocèle postérieur. (*Med. Record.*, 29 août 1891).

BUSACHI. — Suture secondaire des tendons. (*Riforma medica*, 2 sept. 1891).

CASELLI. — Trépanation pour épilepsie, guérison. (*Gaz. degli ospitali*, 12 juin 1891).

CHIBRET. — La teinture d'iode dans les ulcères infectieux de la cornée. (*Recueil d'ophtalmologie*, sept. 1891).

CONNEL HAYE (O.). — Anevrysmes, six cas de ligature artérielle. (*The Lancet*, 25 juillet 1891).

ESTOR. — Anévrysme spontané de l'artère fémorale droite, extirpation, guérison. (*Gaz. hebd. des Sciences méd. de Montpellier*, 19 sept. 1891).

GARIPILLAT. — Pansement après l'opération de la cataracte à grand lambeau supérieur. (*Revue générale d'ophtalmologie*, 31 août 1891).

HAMON. — Rupture traumatique de l'intestin ulcéré. (*Med. News*, 1er août 1891).

HAMILTON. — De la nephrectomie lombaire. (*Med. News*, 18 juillet 1891).

IRZEBICKY. — Du lieu d'élection des ponctions dans la paracentèse abdominale. (*Archiv. f. klin. Chir.*, 1891, band 41, heeft 4).

KOERTE. — Cholecystotomie et cholecystenterostomie. (*Deut. Med Zeitung*, 1891, n° 46, p. 542).

LEDDERHOSE. — Un cas de guérison d'abcès cérébral. (*Deut. Med. Woch.*, 1891, n° 32).

MALGAT. — Traitement et guérison des taches de la cornée. (*Recueil d'ophtalmologie*, sept. 1891).

PERNOSSI (L.). — Echinocoque suppuré du foie. (*Riforma medica*, 9 sept. 1891).

ROBB et GRISTKEY. — Infection par un tube à drainage. (*Johns Hopkins Hosp. Reports*, juillet 1891).

SANTOS FERNANDEZ. — Un accident possible mais rémédiable dans la kératotomie. (*Revue générale d'ophtalmologie*, 31 août 1891).

SENN. — Traitement chirurgical de l'intususception. (*Canadian pract.*, août 1891).

SLEG (R.). — Une lame de couteau dans le cerveau y ayant séjourné plusieurs années. (*Med. News*, 25 juillet 1891).

TANSINI. — Trépanation pour épilepsie traumatique. (*Riforma medica*, 20 juin 1891).

TRICONI (E.). — Un cas de fistule congénitale du cou (fistule branchiale, opération et guérison). (*Riforma medica*, 28 août 1891).

TUSA. — Un cas de diverticule œsophagien. (*Riforma medica*, 27 août 1891).

WARREN CHAPIN. — Fracture du péroné par contraction musculaire. (*The N.-York med. Journal*, 12 sept. 1891).

ZUCKERCANDI. — Contribution à ce traitement chirurgical des abcès de la prostate. (*Wiener Med. Woch.*, 1891, n° 28 et 29).

Le Directeur-gérant : HENRI HUCHARD.

PARIS. IMP. CHARLES SCHLAEBEC, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE N° 42 14 OCTOBRE 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, BÉCLÈRE, BROCQ, DEMELIN, DU CASTEL, GINGEOT, Charles MAURIAC, PICQUÉ Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

CLINIQUE MÉDICALE

De la contagion médicale

La possibilité du transport des germes contagieux d'un malade à une autre personne par un tiers, qui reste sain et ne sert que d'agent de transmission, ne peut être mise en doute ; mais, comme il est très difficile, en présence de chaque cas particulier, de reconnaître la source exacte de la maladie, les cliniciens sont loin d'attribuer tous la même valeur à ce mode de contagion.

Récemment notre ami M. le Dr Dauchez soulevait ici même cette question (1), en publiant un travail très intéressant destiné à montrer les exagérations auxquelles peut conduire la crainte non raisonnée de la contagion.

Nous partageons pleinement l'idée générale de ce travail, mais nous différons de l'auteur sur le seul point théorique du degré de fréquence de la contagion par un tiers. M. Dauchez, tout en insistant comme il le convient sur l'obligation pour le médecin de s'astreindre à des précautions antiseptiques, pense que les cas de contagion par un tiers sont de « rarissimes exceptions » et qu'en règle générale un individu ne peut transmettre une maladie dont il n'est pas atteint lui-même. A l'appui de cette idée, l'auteur rappelle la phrase de Ricord : « la plus belle fille du monde ne peut donner que ce qu'elle a ».

Pour nous, au contraire, nous croyons que le contact médiat est très suffisant pour transmettre bon nombre de maladies et que ce mode de contagion est assez fréquent, pour que le médecin doive toujours en avoir le danger présent à l'esprit.

Remarquons d'abord que l'aphorisme de Ricord avait pour but de nier la production spontanée des maladies vénériennes, bien plus que le transport du contage par un tiers. De plus dans ces dernières maladies, la contagion médiate doit être plus rare que dans les autres, parce que, d'une part dans les contacts vénériens peu de sujets résistent à l'action de ces virus éminemment inoculables et que d'autre part, dans les contacts non vénériens, les explorations médicales par exemple, les précautions antiseptiques sont rarement négligées. Malgré ces causes spéciales le transport par des instruments suffit à prouver le danger de contagion médiate.

Pour apprécier l'importance de ce mode de transmission des maladies il faut tout d'abord rechercher quel est le processus ordinaire de la contagion.

L'idée que l'on se faisait autrefois de la contagion a été considérablement modifiée par les nombreuses études auxquelles ce sujet a donné lieu. On pensait autrefois que le malade contagieux répandait autour de lui des miasmes, qui se diffusaient dans l'air comme le feraient des vapeurs et créaient autour de lui une atmosphère infectée et qu'alors plus on s'imprégnait de cet air, plus on le respirait, plus on était exposé à la contagion. D'après cette opinion les personnes qui séjournent peu de temps auprès du malade et subissent ensuite l'action de l'air extérieur ne pouvaient plus porter en elles de germes dangereux pour les autres.

Mais on reconnut plus tard que les contages des infections chirurgicales, de la septicémie puerpérale n'avaient pas une semblable puissance de diffusion et que le rôle attribué à l'air, était en réalité rempli par les mains et les instruments du chirurgien, puisant la contagion dans une plaie infectée et la transportant aux autres opérés ou aux accouchées. M. Le Fort, dans son livre sur les maternités (1865), montre nettement le danger des contacts, même médiats, entre les femmes malades et les autres accouchées, et établit en même temps la faible influence de l'air dans la diffusion des épidémies.

Cette notion du transport mécanique des germes par des objets matériels s'est étendue progressivement du domaine de la chirurgie à certaines affections médicales et a donné déjà des résultats féconds ; elle a permis de reconnaitre que les germes pathogènes semblent avoir dans l'organisme malade un siège spécial, ou tout au moins un siège de prédilection, variable suivant la maladie. Ainsi, par exemple, les matières fécales sont, par la pollution des eaux, l'origine au moins la plus ordinaire de la fièvre typhoïde ; les fausses membranes de la diphtérie projetées sur la muqueuse buccopharyngée y pullulent facilement et reproduisent la maladie ; les croûtes des pustules varioliques sont également très nocives, puisque c'est avec ces débris que l'on pratiquait l'inoculation. Or, tous ces produits émanés du malade peuvent très facilement se fixer sur les mains, la figure ou les vêtements des personnes qui l'approchent et être ainsi transportés plus ou moins loin tout en conservant leur virulence.

Cependant il semblait logique d'admettre que, par la respiration, les malades contagieux devaient répandre dans l'atmosphère les germes de leur affection et l'on voyait là un gros obstacle à la préservation de leur entourage. Mais les analyses de l'air expiré ont montré qu'il quitte les poumons bactériologiquement pur, que ces organes jouent réellement pour les germes le rôle de filtre et que la respiration, bien loin de rendre l'air

(1) DAUCHEZ. (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 23 septembre 1891.)

Digitized by Google

pathogène, tend à le purifier des microbes qu'il contient (expériences de Cadéac et Malet, 1887, — de Straus, 1888, — de Lipari et Crisafulli, 1889). Sans doute, il ne faudrait pas conclure de ces expériences, que l'air ne contient aucun microbe pathogène et n'a aucune influence contagieuse, mais les germes qu'il tient en suspension viennent des excrétions de toutes sortes du malade et n'ont été entraînés que secondairement, peut-être à la manière des poussières, après la dessication des produits morbides et leur transformation en matières pulvérulentes. Ne peut-on pas admettre de plus que la conservation de ces germes est moins assurée dans l'air, où ils sont exposés directement à l'action de l'oxygène ou d'autres gaz pouvant les altérer, que sur les objets où ils restent englobés dans les débris organiques (cellules épithéliales, mucus) qui leur forment une sorte de couche protectrice? On a reconnu, en effet, que les étoffes souillées peuvent conserver pendant très longtemps des germes virulents et que les pièces, contenant des tentures, restent bien plus longtemps capables de produire la contagion que les chambres dépourvues de toutes draperies.

Si les agents infectieux sont ainsi fixés sur des objets matériels, si surtout ils se trouvent, de cette façon, dans de meilleures conditions de conservation, on comprend qu'ils puissent être transportés à distance et contaminer un sujet n'ayant eu aucun rapport avec le malade qui leur a donné naissance. Voyons si les faits confirment cette opinion. Sans parler de la fièvre typhoïde, du choléra, maladies dans lesquelles la démonstration de ce que nous avançons serait encore plus facile, occupons-nous seulement des fièvres éruptives qui paraissaient les plus transmissibles par l'air. Les statistiques de Rilliet et Barthez nous montrent la fréquence des cas intérieurs observés dans les salles où l'on ne reçoit pas de malades contagieux, variant au moins du simple au double, suivant que ces salles sont desservies par un personnel différent ou non de celui qui s'occupe des salles de contagieux.

Sur 80 cas intérieurs de variole on compte :
56 cas dans les salles contenant des varioleux,
16 cas dans d'autres ayant même personnel,
8 cas dans d'autres ayant un personnel différent,
Sur 59 cas intérieurs de scarlatine on compte.
33 cas dans les salles ayant des scarlatineux,
14 cas dans d'autres ayant même personnel,
8 cas dans d'autres ayant un personnel différent.

Les qualités de l'air devant être peu différentes entre les diverses salles de malades non contagieux, on est obligé d'accorder une importance capitale au transport mécanique des germes par le personnel.

Même pour la rougeole, maladie des plus contagieuses, on peut faire des remarques analogues : ainsi M. Grancher (1890) observe que dans ses salles de l'Hôpital des Enfants, bien des malades, n'ayant pas l'immunité conférée par une première atteinte, résistent à la contagion et que la maladie frappe des enfants placés à des distances très variables du foyer initial, en respectant les lits intermédiaires et en suivant un trajet très irrégulier. Un cas que cite le professeur des Enfants-malades est bien de nature à entraîner la conviction : les parents d'un entrant s'approchent de 3 enfants qui, au bout de 15 jours, c'est-à-dire la durée de l'incubation normale de la rougeole, sont pris d'éruption rubéolique, tandis que l'enfant contaminé au dehors, qui avait été placé à l'autre bout de la salle et soumis, comme suspect, à l'isolement sur place et aux pratiques antiseptiques, n'a pas transmis la fièvre éruptive à ses voisins, susceptibles cependant de la gagner. Ne voit-on pas là en présence les deux modes possibles de contagion, le transport aérien, qui reste sans résultat, et le transport par contact indirect, qui détermine l'éclosion de la maladie.

Ajoutons que certains faits en apparence anormaux peuvent trouver leur explication dans l'hypothèse du transport matériel des germes infectieux; on a été frappé parfois de la facilité avec laquelle certains sujets sont contagionnés après un séjour très court auprès des malades, tandis que d'autres résistent à un séjour bien plus prolongé et ne contractent la rougeole par exemple que 58 jours, ou la scarlatine, 40 jours après leur entrée à l'hôpital (Rilliet et Barthez). Sans doute il faut tenir compte de l'état de réceptivité qui peut varier d'un jour à l'autre ; mais ne peut-on pas penser aussi que la production plus ou moins tardive d'un contact direct ou indirect joue un rôle dans les allures en apparence si capricieuses de la maladie.

Ainsi donc, tout en faisant des réserves pour certaines maladies épidémiques qui présentent des allures spéciales et sur la contagion desquelles nous ne sommes pas fixés, la grippe, par exemple, nous conclurons en reproduisant l'opinion émise par Grancher au congrès de Berlin de 1890 : « La contagion se fait le plus souvent par les objets et les mains souillés ; l'atmosphère, même en ce qui concerne les maladies les plus contagieuses comme la rougeole, ne joue qu'un rôle secondaire. Cette conviction conduit directement à la pratique de l'antisepsie ; l'opinion inverse qui veut que l'atmosphère soit le véhicule des germes contagieux, nous laisse à peu près désarmés. »

Ces théories sont-elles de nature à jeter le trouble dans l'entourage des malades et à inspirer une crainte démesurée de la contagion? Nous ne le croyons pas, pourvu que le médecin, en même temps qu'il montre le danger, indique les moyens de s'en préserver et donne l'exemple des précautions antiseptiques rationnelles.

Dr Merigot de Treigny.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Les causes de l'artério-sclérose et des cardiopathies artérielles

(Leur origine alimentaire et leur traitement préventif (1)

Par M. le Dr Henri Huchard
Médecin de l'hôpital Bichat

III. **Causes toxiques. — Origine alimentaire.** — Avec les causes *infectieuses* et *diathésiques*, et sans parler de l'influence de l'*âge* qui n'est plus à démontrer, il faut placer les causes *toxiques* (tabagisme, saturnisme, impa-

(1) Fin. Voir : n° 41, p. 637.

Digitized by Google

ludisme), et en dernier lieu, une cause qui n'a pas encore été signalée: *l'alimentation.*

L'influence du saturnisme n'a plus besoin de démonstration. Celle de l'impaludisme a pu être contestée. Celle du tabagisme ne fait plus de doute pour aucun auteur, soit que la nicotine agisse en produisant l'hypertension artérielle par vaso-constriction, comme les expériences de Cl. Bernard et les miennes l'ont démontré, ou encore par vaso-dilatation active, comme les expériences récentes de Colas et Wertheimer tendent à l'établir (1).

On sera étonné de ne pas voir figurer l'alcoolisme parmi les maladies toxiques prédisposant à l'artério-sclérose, contrairement à l'opinion commune. C'est que, d'après Lancereaux, et aussi d'après mes observations confirmatives, l'action de l'alcool sur les parois artérielles ne serait pas de nature sclérogène. Elle détermine, non pas l'artério-sclérose, mais l'*artério-stéatose.* Cette lésion apparaît sur des vaisseaux habituellement dilatés ou amincis, et non resserrés ou épaissis, sous forme de taches graisseuses, blanchâtres ou d'un blanc grisâtre et opalin, à peine saillantes, à contours irréguliers et sinueux (taches en îles, presqu'îles ou golfes), à limites diffuses, ou encore sous forme de stries longitudinales et transversales plus ou moins régulières. Ce qui fait croire à l'identité des deux lésions (stéatose et sclérose artérielles), c'est que souvent, des plaques d'athérome coexistent chez le même sujet à côté de ces plaques de stéatose. Mais leurs caractères morphologiques différents permettent d'en fixer le diagnostic anatomique, et l'examen histologique fait voir que ces plaques stéatosiques renferment un grand nombre de granulations graisseuses, puisqu'elles se colorent fortement en noir sous l'influence de l'acide osmique. Il est même important, au point de vue clinique, de poursuivre cette distinction entre l'artério-stéatose et l'artério-sclérose. Dans celle-ci, la tension artérielle est toujours accrue; dans celle-là, elle est normale, souvent diminuée. Dans le seconde, la dégénérescence graisseuse du myocarde est très rare, le muscle étant envahi par la sclérose ischémique ou dystrophique; dans la première, elle est presque de règle. Dans l'une, le cœur est dilaté plutôt qu'hypertrophié, parce que la tension artérielle est faible et que les résistances périphériques sont amoindries; dans l'autre, c'est-à-dire dans l'artério-sclérose, le cœur est surtout hypertrophié parce qu'il a sans cesse à lutter contre l'hypertension artérielle et la rétraction vasculaire. Les artério-scléreux meurent en aortiques; les artério-stéateux en mitraux (2).

Une dernière cause toxique, et des plus importantes, sur laquelle je veux appeler aujourd'hui l'attention, consiste dans le *régime alimentaire*; non pas que celui-ci n'ait jamais été incriminé, puisque Gubler attribuait l'athérome des gens de la campagne à l'abus de l'alimentation végétarienne. Mais je crois que la proposition contraire doit être acceptée, et que c'est le régime végétarien qui est le meilleur préservatif des dégénérescences artérielles. A ce sujet, voici ce que je disais déjà en 1889, dans le chapitre préliminaire (1) de mes « Leçons sur les maladies du cœur et des vaisseaux » :

« Je suis convaincu, pour ma part, que les excès et surtout les erreurs d'alimentation, en jetant dans l'organisme un grand nombre de substances toxiques, telles que les ptomaïnes non éliminées par le filtre rénal devenu de bonne heure insuffisant ou imperméable, sont une cause fréquente d'artério-sclérose; en un mot, certaines toxines alimentaires possèdent des propriétés convulsivantes agissant, les unes sur les muscles des membres comme dans le cas de contracture des extrémités d'origine gastrique, les autres sur la musculature vasculaire. Il en résulte, dans tout le système artériel, un état de spasme plus ou moins permanent, lequel produit rapidement de l'hypertension et consécutivement l'artério-sclérose. La conclusion thérapeutique est celle-ci : il faut prescrire un régime d'où sont exclus les aliments plus ou moins riches en ptomaïnes ou en matières extractives. Ceux qui viendront après moi confirmeront ces idées, et auront ainsi, avec les déductions thérapeutiques que soulève cette question, l'explication de la grande fréquence des affections cardio-artérielles. »

Or, à deux ans de date, Dujardin-Beaumetz vient de soutenir l'opinion que j'ai été le premier à défendre, et c'est en des termes presque identiques qu'il s'exprime (2).

En dehors de ces intoxications (saturnisme, goutte, diabète, etc.), « il en est d'autres, — dit-il, — qui jouent un » rôle non moins important, je veux parler des troubles » amenés par les ptomaïnes et les leucomaïnes, subs- » tances toxiques sans cesse fabriquées par l'économie, » ainsi que nous l'ont montré les intéressantes recher- » ches de Gautier. Ces substances irritent à la longue » la paroi des artères et finissent par l'altérer. »

Je n'ai rien à redire à cette citation qui reproduit si bien mes idées, sinon que les ptomaïnes ne sont pas seulement « fabriquées par l'économie » et qu'il en est, au contraire, un plus grand nombre introduit dans l'organisme par l'alimentation.

On sait que, dès 1884, j'ai établi la grande scission des maladies chroniques du cœur, en cardiopathies *valvulaires*, et cardiopathies *vasculaires* ou *artérielles.* Pour ces dernières, beaucoup plus importantes par le nombre et les symptômes observés, j'ai formulé plusieurs lois cliniques, parmi lesquelles celle-ci mérite l'attention :

L'insuffisance rénale est un symptôme PRÉCOCE *et presque constant de toutes les cardiopathies artérielles, même en l'absence d'albuminurie.*

A ce sujet, à la Société de thérapeutique, (séance du 12 juin 1889), je montrais que quelques accidents, tels que certains délires, certains vertiges qui ne sont pas

(1) *Arch. de phys.*, 1891, et *Revue générale de clin. et de thérap.*, 1891

(2) Voir: LANCEREAUX (anat. path., 1879) et les thèses de Pruvost et Duclos (1888 et 1889).

(1) *Loc. cit.*, p. VII.

(2) Leçons de clinique thérapeutique (1891, p. 29).

Digitized by Google

seulement dus à l'ischémie cérébrale comme le croit Grasset, et surtout certaines dyspnées, sont d'origine toxique dans le cours et même au début de ces cardiopathies. Ces accidents réclament alors une médication spéciale, dont il importe de saisir de bonne heure l'indication.

Voici, par exemple, un malade qui, présentant un souffle systolique très accusé à la pointe, est atteint de dyspnée. Au premier abord, on pourrait croire à tort à une simple affection valvulaire. Mais il s'agit d'un pseudo-valvulaire scléreux, ce qui est démontré par l'existence d'un pouls serré, concentré et cordé, par le retentissement diastolique de l'aorte, indice d'une tension artérielle exagérée, par l'élévation des artères sous-clavières, indice d'une dilatation aortique si fréquente dans l'artério-sclérose et les cardiopathies artérielles. Le malade est dyspnéique, obligé de passer les nuits dans un fauteuil, avec ou sans œdème prétibial, avec ou sans œdème pulmonaire. Mais, s'il y a un peu d'œdème périphériqne, vous pouvez croire à une rupture de compensation de la cardiopathie, à un début d'hyposystolie contre laquelle vous dirigerez tous vos efforts, par l'emploi des médicaments digitaliques. Vous n'arriverez alors qu'à un complet insuccès ou à une déroute thérapeutique, parce que vous aurez ajouté un empoisonnement à un autre, et parce que vous n'avez vu que le cœur dans ce grand complexus morbide de l'artério-sclérose, avec son envahissement progressif de tous les organes, du rein qui élimine les poisons, du foie qui les arrête et les détruit. Or, à ce malade dyspnéique, non par le cœur mais par le rein, prescrivez le régime lacté absolu, et en quelques jours, la dyspnée la plus violente disparaît comme par enchantement. C'est là, même, l'un des plus beaux succès de la thérapeutique, et c'est ainsi que j'ai vu céder des vertiges, des délires dits cardiaques et qui n'avaient pas d'autre origine.

Au sujet de l'*asthme* dit essentiel, je ne pense pas qu'il faille revenir à l'ancienne théorie de Rostan, subordonnant cette maladie à une affection constante du cœur et des gros vaisseaux. Mais, depuis longtemps, j'ai dit que l'asthme et l'emphysème constitutionnel sont aux vaisseaux du poumon ce que l'angine de poitrine est aux vaisseaux du cœur (1), je crois que les asthmatiques sont souvent des artério-scléreux, et que le siège de l'artério-sclérose sur l'appareil pulmonaire rend compte de la maladie asthmatique. Cette origine artérielle de l'asthme explique ainsi le succès de la médication iodurée, puisque l'iodure est, avant tout, un médicament artériel. Or, les urines du sommeil étant deux fois moins toxiques que celles de la veille, on comprend pourquoi les accès d'asthme sont si souvent nocturnes : ils seraient dus à une véritable auto-intoxication produite par la rétention des substances toxiques dans l'organisme, rétention provoquée par une insuffisance rénale, fréquente chez les asthmatiques, comme elle est fréquente chez les artériels.

(1) Voir : Nature et traitement curatif de l'angine de poitrine vraie. *Congrès de Grenoble* 1885, et *Bull. gén. de thérapeutique*, 30 septembre 1885.)

Voici un fait assez probant que j'ai observé, il y a trois ans, avec mon confrère, le Dr Larcher (de Passy) :

Une femme d'une cinquantaine d'années était atteinte, depuis de longues années, d'un asthme presque permanent, rebelle à toutes les médications. L'iodure, efficace d'abord, ne produisait plus ses effets habituels. Il n'y avait, chez la malade, aucun symptôme d'affection du cœur ou de l'aorte, aucun signe d'affection rénale ancienne ou récente ; jamais on n'avait constaté la moindre trace d'albumine dans les urines, et seules, les artères périphériques présentaient un peu de dureté au toucher. C'est alors que, sous l'influence d'un régime lacté exclusif auquel je soumis la malade pendant trois semaines, les accès et l'état dyspnéique disparurent complètement. J'insistai ensuite, pour l'avenir, sur une alimentation azotée très modérée, ne permettant de la viande qu'une fois par jour, et jamais le soir, le repas devant être composé alors d'un potage au lait, d'œufs frais, de légumes et de fruits. Sous l'influence de ce régime alimentaire, l'amélioration s'accusa encore davantage, et cette malade que j'ai perdue ensuite de vue, fut délivrée de ses grands accès d'asthme. Depuis cette époque, j'ai soumis, nombre de fois, les asthmatiques à ce régime, et j'en ai toujours obtenu les meilleurs effets. L'accès d'asthme dit essentiel serait donc le résultat d'une auto-intoxication, les asthmatiques seraient donc atteints d'insuffisance rénale, et c'est le régime alimentaire qui doit combattre celle-ci avec ses conséquences toxiques.

Or, partant de cette idée que l'insuffisance rénale est un symptôme précoce et presque constant de cardiopathies artérielles, j'ai pensé qu'elle pouvait en être aussi la cause. En effet, le rein n'a pas une faculté illimitée d'élimination ; quand on introduit trop de poisons dans l'organisme, et il en reste une certaine quantité qui ne peut être complètement éliminée, le rein est insuffisant à la tâche excessive qu'on lui impose, et c'est ainsi qu'est constituée l'insuffisance *relative* du rein. Elle est relative, parce qu'elle ne dépend pas directement de l'organe éliminateur encore intact, mais de la quantité trop grande de matières à éliminer. Ainsi donc, la maladie commence par une intoxication, elle se continue et finit par une intoxication.

Or, le riche et le citadin qui mangent trop de viande, et surtout de la viande faisandée et peu cuite, comme le pauvre et le paysan qui en consomment moins, mais des viandes de qualité inférieure provenant d'animaux tués depuis longtemps, se soumettent journellement à un empoisonnement presque égal, puisque ce régime alimentaire aboutit à l'absorption d'une trop grande quantité de ptomaïnes incapables d'être complètement éliminées. Ainsi, le riche a aussi sa misère physiologique.

Sans doute, il ne s'agit pas ici d'accidents aigus, souvent formidables et revêtant le caractère de véritables épidémies, tels que Polin et Labit les ont dernièrement signalés dans les empoisonnements alimentaires. Mais l'intoxication est lente, insidieuse, elle ne se manifeste le plus souvent que par des symptômes à peine appréciables : céphalalgie gravative, état vertigi-

Digitized by Google

neux, inaptitude au travail, fatigues matinales, troubles vaso-moteurs, refroidissements partiels et algidités locales, bourdonnements d'oreilles, certaine faiblesse musculaire, sueurs profuses, etc.

A ceux qui objecteraient que cette intoxication ne porte pas son action sur l'appareil circulatoire, on peut répondre par les expériences de Brieger qui a produit de fréquents troubles de ce côté, et par le nombre assez considérable d'artério-scléreux chez lesquels j'ai noté une alimentation carnée excessive comme cause de la maladie. Et si l'artério-sclérose généralisée, si les cardiopathies artérielles sont devenues des affections extrêmement communes, cela dépend assurément, en dehors des causes diathésiques, infectieuses ou toxiques, qui n'ont pas dû augmenter sensiblement de fréquence dans ces dernières années, cela dépend, dis-je, du changement profond qui s'est produit dans notre mode alimentaire. Ce sujet n'est pas nouveau, et Senèque qui avait dit : « l'homme ne meurt pas, il se tue » avait ajouté que maintes maladies sont créées par notre manière de vivre.

Ce n'est pas l'alimentation carnée qui rend les hommes plus forts et plus vigoureux. En Grèce, les jeunes gens se destinant à la profession d'athlètes se soumettaient à un régime composé de figues, de noix, de fromages et de pain grossier. Pivion, dans son « Etude sur le régime de Pythagore » a rappelé que le tunnel du St-Gothard a pu être percé grâce à la force des travailleurs Italiens se nourrissant de polenta, et le chemin de fer du Pacifique des Etats Unis a été rapidement construit à l'aide d'ouvriers chinois, grands mangeurs de riz. Ce n'est pas là évidemment le régime qu'il faut songer à imposer à notre génération, mais il faut recommander l'usage de l'alimentation végétarienne qui permet une plus longue existence, comme on l'a constaté chez les Chartreux et les Trappistes ; il faut mettre un terme à l'abus de l'alimentation azotée. Cet abus apparaît clairement dans le tableau suivant qui montre dans quelles proportions considérables la consommation de la viande et des boissons a augmenté en France dans l'espace d'un demi-siècle, depuis 1820 jusqu'en 1870 :

	En 1820	En 1870	Augmentation
Alimentation végétale...	47.5	77.12	63 pour 100
— animale....	24.35	62.64	157
Boissons indigènes.....	12.30	40.10	226
Denrées diverses.....	8.22	15.61	88

Telle est encore une des causes qui explique la grande fréquence des maladies du cœur et des vaisseaux (1).

Je suis donc en mesure de formuler cette troisième loi étiologique.

L'artério-sclérose peut être d'origine toxique (tabagisme, saturnisme, impaludisme). Elle est encore et surtout produite par l'alimentation carnée excessive.

IV. **Thérapeutique préventive.** — Toute loi étiologique doit avoir une sanction thérapeutique. Puisque le régime alimentaire peut être une cause du développement de l'artério-sclérose, des néphrites interstitielles, des cardiopathies artérielles, il doit être modifié comme il suit chez les prédisposés :

1° Il faut supprimer de l'alimentation toutes les substances renfermant des éléments toxiques ;

2° Il faut prescrire une alimentation renfermant le moins possible de ptomaïnes.

1° Pour remplir la première indication, on doit supprimer dans l'alimentation les poissons qui renferment beaucoup de toxines, surtout lorsqu'ils ne sont pas absolument frais ; les fromages faits et fermentés ; les viandes faisandées et peu cuites, les bouillons et potages gras qui ne sont que des décoctions de ptomaïnes, la charcuterie, etc. On doit supprimer les conserves alimentaires, car il ne suffit pas que les boîtes soient hermétiquement fermées et privées d'air, puisque les microbes de la putréfaction sont, pour la plupart, anaérobies, et que, d'après Duclaux, « le mode de conservation qui assure à la vie des microbes la durée la plus longue est la conservation dans un liquide organique, en vase clos, et en présence d'une atmosphère pauvre en oxygène. » Il faut encore défendre l'usage du gibier dont la viande renferme beaucoup de toxines, pour deux raisons : d'abord parce qu'on la mange trop souvent faisandée, ensuite parce que le surmenage déterminé par la chasse et des courses répétées produit rapidement dans la viande du gibier des toxines de putréfaction.

2° Pour remplir la seconde indication, c'est-à-dire pour prescrire une alimentation aussi pauvre que possible en produits toxiques, il faut ordonner :

a). Une alimentation carnée très modérée et toujours des viandes très cuites et non faisandées. D'ordinaire, les prédisposés à l'artério-sclérose ne doivent manger qu'une fois de la viande par jour, et le soir, le dîner doit être composé d'un potage au lait, d'œufs, de légumes et de fruits.

b). Œufs, légumes en plus grande quantité que d'habitude, laitage, fruits.

Il faut encore éviter le surmenage sous toutes les formes, parce qu'il est capable de donner naissance dans notre organisme à des toxines en grand nombre, aux leucomaïnes.

C'est là, me dira-t-on, le régime ordinairement imposé aux goutteux. Je suis loin de le nier, puisque la goutte — comme je l'ai dit — est aux artères ce que le rhumatisme est au cœur, et qu'elle prédispose dans une large mesure aux dégénérescences artérielles.

Telles sont les nombreuses causes — *infectieuses*, *diathésiques* et *toxiques* — de l'artério-sclérose et des cardiopathies artérielles. Leur multiplicité rend compte suffisamment de l'extrême fréquence de ces maladies, puisque sur cent cardiopathies, il y en a trente à peine qui sont valvulaires.

Contre l'invasion des maladies infectieuses nous pouvons peu de choses ; moins encore, contre les causes diathésiques qui sont des péchés originels et héréditaires. Mais nous pouvons éviter les causes toxiques,

(1). M. Blanc, médecin-major, dans un travail intéressant sur *l'artério-sclérose en général et les scléroses vasculaires dans l'armée*, (Arch. de méd. et de pharm. militaires, juillet et septembre 1891) vient d'insister sur la grande fréquence des cardiopathies artérielles et de l'artério-sclérose dans l'armée.

Digitized by Google

il nous est possible de ne pas nous exposer au saturnisme, au tabagisme et aux effets d'une alimentation viciée. Qu'on n'aille pas cependant, à ce dernier point de vue, au delà de ma pensée, en me représentant comme un apôtre ou un nouvel adepte d'un végétarisme étroit qui n'admettrait que le régime végétarien dans l'alimentation. J'ai seulement voulu dire que celle-ci doit être soumise à certaines règles chez les prédisposés à l'artério-sclérose et aux maladies du cœur d'origine artérielle, j'ai voulu démontrer la vérité de cet adage latin dans lequel il ne faut pas voir seulement un simple jeu de mots :

Modicus cibi, medicus sibi (1).

REVUE CRITIQUE DE MÉDECINE

MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

I. *Œdème pulmonaire paroxystique angioneurotique.* — II. *Sclérose de l'artère pulmonaire.* — III. *Etiologie de la pneumonie fibrineuse aiguë.*

I. **Œdème pulmonaire paroxystique angioneurotique** — Tel est le titre sous lequel M. le Dr Hermann Muller (Zurich) vient de publier dans le *Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte*, l'observation d'une femme de 23 ans, atteinte de lésion de l'orifice mitral, d'origine rhumatismale, opérée huit ans auparavant d'un goître, et qui dans l'espace de quatre années présenta cent quarante-cinq accès d'œdème pulmonaire à caractère particulier. On n'avait pas affaire ici, en effet, à la congestion pulmonaire avec œdème, fréquente chez les cardiaques par suite de rupture de compensation, avant-coureur ou compagnon de l'asystolie par asthénie cardio-vasculaire ; car le tableau clinique ne se rapportait pas à cette catégorie d'œdème.

Sans aucun prodrôme la malade était subitement prise dans la rue, à la suite d'effort, ou chez elle, au milieu d'une colère ou d'une émotion, d'une dyspnée intense aboutissant plus ou moins rapidement à l'apnée avec sensation de constriction précordiale et fortes palpitations, accompagnée d'un abondant flux sudoral et de dilatation et d'immobilité pupillaires. Souvent les accès, 49 fois sur 115, coïncidaient avec la période menstruelle et leur durée variait de 20 minutes à une heure: après la crise, la malade se sentait très lasse puis reprenait sa vie ordinaire.

Avec la toux apparaissait une expectoration formée d'un liquide spumeux, ressemblant à du bouillon, comme couleur, ou rosé.

A l'auscultation, les deux poumons, surtout aux deux bases, laissent entendre une pluie de râles sous-crépitants, fins et moyens, et les organes sont manifestement augmentés de volume.

Au moment de ces accès d'œdème pulmonaire on ne constatait aucun signe qui indiquât que le cœur eût cédé: pas de dilatation du cœur, pas d'augmentation de la matité cardiaque, pas d'affaiblissement du choc de la pointe, pas d'accentuation plus marquée qu'entre les crises du deuxième bruit pulmonaire, pas de dilatation des veines du cou, cyanose de beaucoup inférieure à la dyspnée, pas d'œdème des membres inférieurs.

Le pouls est plein, résistant et trois tracés sphygmographiques pris, l'un au milieu même d'un fort accès, l'autre pendant une période d'accalmie, le troisième dans le cours d'une bronchite aiguë fébrile ne montrent aucune différence entre celui de la bronchite et celui de la crise d'œdème, la ligne d'ascension est aussi élevée, aussi rapide, à 110 environ, la descente dicrote : à la rapidité près, le dessin reproduit presque le tracé de la période d'accalmie ; du reste, un simple coup d'œil jeté sur les figures suffit à convaincre qu'il n'y a pas même esquisse d'asystolie. L'œdème existe donc indépendamment de toute défaillance cardiaque et de toute cachexie.

Outre cet œdème localisé aux poumons, la malade offrait, alternant ou coïncidant avec lui, le précédant parfois, de l'œdème limité à une moitié de la face.

La face gonflée, plus colorée, un peu plus chaude à gauche qu'à droite.

L'apparition de ce phénomène de même ordre au visage fournit un argument à l'auteur pour admettre dans les deux cas une infiltration séreuse par paralysie vaso-motrice d'origine réflexe. Deux constatations lui semblent devoir corroborer son hypothèse: la thyroïdectomie subie par la malade, la coïncidence fréquente des accès d'œdème aussi bien pulmonaire que facial avec la période menstruelle.

Nous nous permettons simplement une remarque. Ne s'agirait-il pas d'accès d'angine de poitrine, accompagnés d'œdème congestif du poumon, association souvent confirmée, comme on peut le voir, par les observations contenues dans le récent livre de M. Huchard? (1).

Cette interprétation ne change pas du tout au tout l'opinion de M. Muller, elle est dans un même ordre d'idées et comporte une conclusion thérapeutique identique. Si le cœur n'est pas directement en jeu, dans les accès, mais au contraire le système nerveux, c'est contre ce dernier, au moyen des antispasmodiques, que nous devons agir.

II. **Sclérose de l'artère pulmonaire.** — On savait depuis longtemps déjà que l'artère pulmonaire et ses branches peuvent, comme tous les autres vaisseaux de même nature, être atteintes d'athérome, de sclérose, mais on reconnaissait en même temps que cette lésion s'y localisait assez rarement et que lorsque cette localisation avait lieu, la lésion n'était pas primitive mais secondaire à l'athérome des autres artères ou à un anévrysme du vaisseau lui-même. C'était une trouvaille d'autopsie, à laquelle on ne pouvait rattacher aucun des symptômes observés pendant la vie.

On ne connaissait pas d'observation de sclérose primitive de l'artère pulmonaire. Un fait récemment publié,

(1). A la suite de cette communication, M. Verneuil a fait la remarque que l'augmentation considérable des cas de cancers que l'on observe depuis quelque temps paraît due à l'abus de l'alimentation azotée. La preuve, — ajoute-t il, — c'est que les néoplasies et les cancers sont beaucoup moins fréquents chez les peuples faisant surtout usage d'une alimentation végétarienne. M. Verneuil partage mon avis, et dit que pour la néoplasie, comme pour l'artério-sclérose, « il faut mettre un terme à l'abus de l'alimentation carnée » Ce qui vient encore — ai-je répondu — à l'appui de cette opinion, c'est la fréquence des dégénérescences artérielles que j'ai remarquée chez les cancéreux. Ce n'est pas ici le cancer qui produit l'artério-sclérose, mais ces deux maladies peuvent être influencées par le même vice alimentaire.

(1) Maladies du cœur et des vaisseaux (Leçons de thérapeutique et de clinique médicales de l'hôpital Bichat, 1889, page 355 et suivantes).

Digitized by Google

dans *Deutsche Archiv für klinische Medecin*, 1891, par M. Romberg, comble cette lacune.

Le sujet, un homme de 24 ans, sans autre antécédent qu'un rhumatisme musculaire, était malade depuis un an. Il y a trois mois, il eut de la gêne respiratoire et de la constriction épigastrique. La dyspnée s'accrut prodigieusement, il s'y ajouta de la céphalalgie et des vertiges et de la cyanose de la face au moment des efforts corporels. Pas de palpitations, pas d'œdème des membres inférieurs. Légère voussure de la région précordiale. Pulsation semblant être le choc de la pointe dans le quatrième espace intercostal gauche à 7 cent. 5 à gauche de la ligne médiane à 4 cent. en dedans de la ligne mamelonnaire; ce battement se propage vers la droite. En outre de cette pulsation, s'en perçoit une autre plus faible, également systolique, dans le cinquième espace intercostal sur la ligne mamelonnaire. Augmentation transversale de la matité.

Au niveau du quatrième espace intercostal gauche : 1° Souffle systolique doux couvrant le premier bruit, perceptible seulement dans le troisième et le quatrième espace intercostal gauche ; 2° souffle aigu à la fin de la systole et qui précède le deuxième bruit, avec maximum au foyer de l'artère pulmonaire, où avant ce deuxième souffle on entend le premier bruit du cœur et, après, le deuxième bruit. Le deuxième bruit de l'artère pulmonaire est beaucoup plus accentué que l'aortique. Le premier bruit, sourd, léger, se perçoit au niveau de la pulsation du cinquième espace sur la ligne mamelonnaire.

Pas de dilation des veines du cou, pouls petit, 116, régulier, égal, peu résistant. Foie et rate un peu augmentés de volume ; albuminurie très légère ; pas d'œdème, ni d'épanchement. Température basse 34° 8'36".

Le résultat général de l'autopsie fut le suivant : sclérose considérable de l'artère pulmonaire avec hypertrophie consécutive du cœur droit. La pointe du cœur est formée presque uniquement par le ventricule droit derrière lequel le gauche se cache ; l'hypertrophie porte principalement sur l'infundibulum de l'artère pulmonaire. Cœur gauche petit. Aucune lésion d'orifice. Aorte très étroite, mais parois saines. Artère pulmonaire et ses branches rétrécies jusqu'au niveau des fines ramifications, sclérose des parois, végétations de la tunique interne oblitérant par place la lumière du vaisseau, surtout à droite.

Cloisonnement et adhérences des feuillets pleuraux droits, d'où symphyse complète.

L'étroitesse de l'aorte et la symphyse pleurale gauche ne peuvent suffire à expliquer la lésion de l'artère pulmonaire, l'étiologie reste donc un peu obscure.

On ne conçoit qu'un peu plus facilement la pathogénie : la pulsation du 4e espace appartient au ventricule droit hypertrophié, celle du 5e au ventricule gauche refoulé.

Les phénomènes d'auscultation s'expliquent moins bien : le souffle doux systolique au 1er temps, du 4e espace gauche, pourrait tenir à une insuffisance tricuspidienne fonctionnelle, mais si l'oreillette droite est hypertrophiée, il n'y a ni cyanose, ni dilatation des jugulaires. Peut-être se produit-il des vibrations dans le tronc de l'artère pulmonaire. Le second souffle semble peu explicable.

La cyanose se comprendrait par le manque d'oxygénation du sang, qui passe en aussi grande quantité qu'à l'état normal, mais avec une vitesse telle qu'il n'a pas le temps de se modifier, quelle que soit la théorie adoptée pour la fonction hématopoïétique.

Un fait unique prête peu à la critique, aussi nous en tenons-nous au résumé du travail de l'auteur.

III. **Etiologie de la pneumonie fibrineuse aiguë.** — Il ne s'agit pas de la cause immédiate de la pneumonie, le diplocoque, mais des causes favorisant l'envahissement de l'organisme par le parasite. Ce sont elles que M. H. Brunner passe en revue (*Deut. Archiv für klinische Medicin*, 1891) à l'aide de 100 cas originaux et des travaux antérieurs.

Lorsqu'on envisage en entier toute l'étiologie de la pneumonie, on voit qu'elle comporte des conditions différentes. Les unes sont individuelles, internes, soit héréditaires comme la constitution propre, soit acquises : prédisposition par une pneumonie antérieure ou accidentelle, travail exagéré du cœur et des poumons à la suite d'efforts musculaires, sudations, affections pulmonaires préexistantes. Les autres sont extérieures, comme les conditions atmosphériques, le parasite.

Certes, l'afflux sanguin vers les poumons, causé par le refroidissement le corps étant en sueur, peut avoir une influence sur l'existence de la pneumonie. Toutefois, en laissant de côté la question de possibilité de la pneumonie par refroidissement, la qualité de l'air inspiré a son importance et tous les praticiens constatent la relation des affections pulmonaires avec le mauvais temps. Plus l'air inspiré est froid, pauvre en vapeur d'eau, plus il prend de chaleur et de vapeur d'eau au niveau des alvéoles.

Le parasite toujours présent attend les conditions favorables à son développement.

Les résultats statistiques concernant les conditions étiologiques étudiées par l'auteur sont les suivants : fréquence dans le sexe masculin (78 0/0), et de 30 à 50 ans, chez les débilités, les alcooliques, chez ceux qui suent facilement, dans les professions qui exigent de grands efforts musculaires et un travail à l'air ; fréquence du côté droit.

Les pays de montagnes, les pays froids, offrent plus de cas de pneumonie, qui règne du pôle jusque près du tropique pour disparaître d'une certaine parallèle à l'équateur où elle n'existe plus et réapparaître plus bas. L'influence du refroidissement le corps en sueur ne peut être niée.

Les conditions météorologiques favorables au développement de la pneumonie sont : les saisons froides à brusques changements de température, hiver et printemps (février, mars, avril), au moment où les courbes de tension de la vapeur d'eau, de température, de l'état hygrométrique, de la pression atmosphérique montrent des variations capables d'augmenter le refroidissement et l'évaporation intra-pulmonaire : en hiver, froid, humidité, forte pression atmosphérique; au printemps, température encore fraîche, air relativement sec à faible pression.

Les conditions climatologiques ont aussi leur part d'action, ainsi les vents violents et froids, les vents secs, avec pression barométrique basse. Les circonstances climatériques qui coïncident le plus fréquemment avec le jour d'invasion de la pneumonie sont : les basses températures, soit au-dessous de zéro, soit entre 9 et 10°, un état hygrométrique absolu (pression de la vapeur d'eau) qui mesure 9 millimètres et au-dessous, l'état hygrométrique relatif est plus variable, une pression barométrique plutôt basse, surtout associée aux autres conditions, des dépressions brusques.

L'ensemble de ces variations forme plusieurs groupements plus ou moins caractérisques, dont la tension de la vapeur d'eau est la principale. Ce sont les variations

Digitized by Google

atmosphériques qui expliquent l'apparition simultanée de la pneumonie dans des régions différentes. Il n'est pas étonnant qu'un organe comme le poumon, en rapport aussi intime avec l'air atmosphérique, soit influencé par celui-ci et que la coïncidence de telles ou telles conditions avec la pneumonie ne soit pas fortuite.

Les résultats statistiques appliqués à l'étiologie sont un peu sujets à caution ; ils n'en ont pas moins leur utilité pour la prophylaxie des inflammations pulmonaires.

Dr H. Gillet.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

LARYNGOLOGIE

Traitement de la laryngite chronique, par M. Ragoneau. — Il s'agit d'une laryngite catarrhale chronique chez une cantatrice. L'auteur pratique, séance tenante, un attouchement sur les cordes avec une solution faible de chlorure de zinc (au soixantième). De légères améliorations, aussitôt suivies de rechutes, suivent chaque attouchement, (*Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, 17 septembre 1891.)

C'est alors que l'auteur prescrivit le gargarisme suivant à employer tiède matin et soir :

Teinture de capsicum fastigiatum....	0.50	centigr.
Sirop de mures.....	50	grammes
Décoction de quinquina.....	150	—

L'affection céda aussitôt et disparut sans récidive. Depuis, la voix est claire et il n'y a plus trace de laryngite. P. C.

MÉDECINE

Une nouvelle forme clinique du diabète sucré, par M. F. Hirschfeld. — Les troubles digestifs n'apparaissent chez la plupart des diabétiques qu'à la période ultime de la maladie. Malgré l'énorme quantité d'aliments que ces malades ingèrent, leurs fonctions digestives ne sont pas troublées et l'assimilation ne paraît pas entravée. Il existe cependant, d'après F. Hirschfeld, une forme particulière du diabète, dans laquelle l'*assimilation de l'albumine et de la graisse est fort diminuée*. Cette complication persiste assez longtemps chez le malade sans devenir jamais plus intense. Si l'on songe, d'autre part, que la grande majorité des diabétiques ne présentent pas cette particularité, il est difficile de rattacher ce trouble des fonctions digestives à la cachexie de l'organisme (*Zeit. f. Klin. Woch.* Pd. 19. h. 3 et 4.).

A l'exception de l'ictère et de certaines maladies de l'intestin, qui s'accompagnent d'une assimilation imparfaite des graisses, ce phénomène n'a été observé dans aucune autre affection. Mais il n'est pas encore absolument démontré que le trouble d'assimilation porte constamment sur les deux principes nutritifs à la fois, albumine et graisse. Il n'a été constaté que pour l'albumine dans toutes les observations. Quant aux hydrocarbones, leur assimilation a toujours été parfaite. Grâce aux expériences de Mering et de Winkowski (extirpation du pancréas), on peut entrevoir la pathogénie de cette complication du diabète chez l'homme, bien qu'il soit toujours impossible de comprendre pourquoi la nutrition reste le plus souvent indemne chez la plupart des diabétiques.

Anatomiquement, les observations de l'auteur ne permettent pas de conclure à l'existence d'une lésion du pancréas.

Cliniquement, cette forme de diabète sucré offre les symptômes suivants : souvent les malades ont eu de violentes crises de coliques pendant ou avant même le début de la maladie. Ces crises ne se reproduisent pas plus tard. La caractéristique de cette forme clinique est l'absence de la polyurie, ou son peu d'intensité. Les urines ont, en effet, une coloration foncée et déposent abondamment. Les selles sont parfois blanchâtres, sans qu'il soit possible d'y reconnaître la présence des graisses à l'œil nu. Le pronostic est très sérieux dans la majorité des faits observés, ce qui s'explique facilement par le trouble de la nutrition.

Il faut, en soignant ces malades, prescrire l'absorption de principes très nutritifs, parmi lesquels on doit recommander surtout l'albumine, les graisses et l'alcool, surveiller les fonctions digestives et les maintenir en bon état. A. W.

De l'acétonurie dans ses rapports digestifs, par M. H. Lorenz. — Depuis les travaux de V. Jaksch sur l'acétonurie, on reconnaissait l'acétonurie des fébricitants, l'acétonurie chez les diabétiques, l'acétonurie dans certaines formes de carcinome, dans l'inanition et dans quelques maladies nerveuses. Enfin V. Jaksch avait également décrit sous le nom d'auto-intoxication une forme particulière de l'acétonurie. Or, cette dernière forme doit être rangée, d'après Lorenz, dans le groupe des acétonuries consécutives aux troubles digestifs. C'est, en effet, d'après les recherches de l'auteur, l'acétonurie des troubles digestifs qui paraît être la plus constante. En raison de la fréquence, elle mérite de prendre rang à côté des autres variétés décrites aujourd'hui. Toutefois, les observations de Lorenz ne permettent pas de distinguer la diacéturie de l'acétonurie. Ces deux symptômes ont été observés chez ses malades, tantôt associés, tantôt alternant l'un avec l'autre. De plus, les variations des signes cliniques ont été légères et purement quantitatives. Quant aux symptômes attribués autrefois à l'acétone ou à l'acide diacétique, ils paraissent dus à des produits moins oxydés que l'acétone. Il en est de même de l'albuminurie qui ne dépend pas non plus de l'acétone ni de l'acide diacétique (*Zeit. f. k. Med.* bd. 19, heft 1 et 2).

Le contenu stomacal et intestinal (fèces) renferme dans quelques cas de grandes quantités d'acétone et il est presque toujours possible d'en reconnaître la présence avec certitude. C'est principalement dans les affections gastro-intestinales primitives que l'on trouve ces grandes quantités d'acétone : le fait est plus rare dans les dyspepsies secondaires (dysp. nerveuses). Enfin, Lorenz a constaté à deux reprises, dans l'urine de ses malades, la présence de l'acide oxybutyrique à côté de l'acétone et de l'acide diacétique. Il s'agissait dans l'un des cas de vomissements urémiques, dans l'autre, de troubles intestinaux chez une hystérique. A. W.

Des sensations douloureuses dans les affections du cœur, par M. H. Nothnagel. — S'il est souvent possible de rattacher les phénomènes douloureux que les cardiaques éprouvent à une pleurite sèche localisée, à la diathèse rhumatismale, à un trouble fonctionnel du système nerveux (hypéralgésie cutanée, névralgie intercostale), il est quelquefois nécessaire, en l'absence de toute modification de l'appareil cardio-pulmonaire, de conclure à une autre pathogénie. Le siège constant de ces douleurs à la moitié gauche du thorax, doit, d'après Nothnagel, faire songer à une relation causale avec le cœur. L'auteur a donc cherché à établir la fréquence des douleurs précordiales dans les affections du cœur, tout en rejetant de ses observations les névropathes à manifestations douloureuses précordiales et les malades atteints de péricardite (*Zeit. f. k. Med.*, bd. 19, heft 3).

Sur un total de 483 cardiaques, Nothnagel a constaté l'extrême fréquence de la cardialgie chez les malades atteints d'insuffisance et de rétrécissement aortiques, et son extrême rareté dans l'insuffisance de la valvule mitrale. Il ne s'est pas seulement borné à noter les accès de sténocardie, englobant avec raison dans sa statistique tous les phénomènes douloureux constatés chez ses malades. Il signale aussi chez un grand nombre de sujets l'existence d'une hypéralgésie de la peau

Digitized by Google

localisée à la région précordiale, et cela, même en l'absence de douleurs spontanées. Ces troubles de la sensibilité sont connus de tous les cliniciens, et s'observent couramment.

Quant aux affections du muscle cardiaque, l'auteur « laissant de côté les cas de sclérose associée au rétrécissement et à l'oblitération des artères coronaires », n'étudie que les phénomènes douloureux observés dans les affections du myocarde sans lésions valvulaires concomitantes (myocardite simple, cœur gras, hypertrophie cardiaque dans l'artério sclérose, hypertrophie cardiaque dite idiopathique). Toutefois, ajoute Nothnagel, si ces douleurs peuvent à la rigueur confirmer le diagnostic de myocardite idiopathique, « l'examen physique est dans ce cas trop insuffisant et les manifestations symptomatiques sont trop mal caractérisées, ou bien n'ont aucun rapport avec le cœur ». En somme la cardialgie n'a rien de bien défini dans ces cas spéciaux.

« Elle n'est en réalité fréquente que dans l'artério-sclérose avec hypertrophie du cœur ». L'aspect clinique est d'ailleurs absolument semblable à celui des cardialgies symptomatiques des affections valvulaires.

Nothnagel s'abstient de discuter la pathogénie de ces sensations douloureuses, en raison de l'obscurité de nos connaissances sur le système nerveux cardiaque. Mais l'extrême fréquence de la cardialgie chez les cardio-aortiques l'oblige à reconnaître une certaine valeur à la théorie artérielle de l'origine de la douleur. Les maladies des artères sont en effet très douloureuses, fait d'observation connu depuis longtemps, et qui concorde d'ailleurs avec la fréquence extrême des lésions des coronaires dans les cardiopathies en général.

A. W.

THÉRAPEUTIQUE

Expériences avec l'eucalyptol par M. Brainerd. — Ces expériences portent sur des cas de tuberculose, de bronchite chronique, et de maladies des voies respiratoires résultant de l'influenza. (*The therapeutic Gaz.*, 15 juillet 1891).

Elles permettent de conclure que l'eucalyptol est très assimilable; qu'il est éliminé par les poumons, les reins et la peau; que l'odeur en pénètre les vêtements quand on les change; qu'on la retrouve dans les urines, et qu'enfin il est antiseptique. Il a une action curative sur l'épithelium des bronches et un effet calmant sur les nerfs périphériques des organes respiratoires. On l'administre dans une potion à la dose de trente à cinquante centigrammes toutes les quatre heures.

P. C.

Sur l'hydrochlorate d'orexine par M. John Gordon. — L'hydrochlorate d'orexine (dont le nom chimique serait hydrochlorate de phényl-dihydro-quino-azoline) a été introduit en médecine par le Dr Penzoldt d'Erlangen, comme stomachique, destiné à augmenter l'appétit, à faciliter la digestion dont il favorise l'élimination des produits. La saveur de sa solution est un peu âcre. On l'administre dans de l'eau ou mélangée aux excipients ordinaires. La dose chez l'adulte est de quinze à vingt-cinq centigrammes. (*The Lancet*, 11 juillet 1891).

D'après les recherches de l'auteur, l'hydrochlorate d'orexine donne de bons résultats dans le cas de perte de l'appétit et dans les troubles gastriques de la tuberculose. Il semble réellement favoriser l'absorption des produits de la digestion, la langue devient moins blanche et la constipation disparaît. Dans le nombre de cas, limité il est vrai, où l'auteur l'a employé, ce médicament a bien réussi, et il mériterait à ce titre d'être employé dans certains troubles gastriques.

P. C.

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

Traitements de la fièvre typhoïde

par M. le Dr F. Coutenot (1)

Professeur de clinique interne à l'Ecole de médecine de Besançon

Y a-t-il, pour traiter la fièvre typhoïde, une méthode générale, unique, constante, uniforme, rationnelle, applicable à tous les cas et fondée sur la nature de l'intoxication? Non.

Jusqu'ici, la thérapeutique n'a pu atteindre directement le poison et n'a pu mettre la main sur l'antidote (bactéricide); il en est du spécifique antityphoïde comme du spécifique antituberculeux que nous avons espéré un instant posséder; on nous le promet, l'avenir nous le donnera-t-il?

Nous ne sommes donc partisan d'aucune médication exclusive, d'aucun de ces traitements spéciaux qui se chargent de combattre la fièvre typhoïde par une méthode unique, fût-elle la plus rationnelle et la plus scientifique.

En exposant ces médications et ces traitements, qui ont néanmoins chacun leur mérite et leur opportunité, nous resterons convaincu que rien ne fait plus de tort aux idées justes que leur exagération et le raisonnement poussé à l'extrême, qu'avec un peu de mesure et de sens clinique on peut tirer d'heureuses conséquences de leur point de départ.

Médication hygiénique. — En premier lieu se place la médication hygiénique, l'une des plus solides bases de la pratique médicale.

Technique de la médication hygiénique. — A. Le malade sera placé, s'il se peut, dans une *chambre* spacieuse, où règnera une demi-obscurité; on n'y fera aucun bruit; toute visite, toute conversation, seront éloignées et on évitera ce qui pourra attrister, émouvoir le malade et impressionner ses sens. Le sommeil sera très respecté.

B. L'*air* sera pur, renouvelé plusieurs fois, en évitant toutefois les courants d'air froid. On pourra le rendre aseptique par des pulvérisations d'acide thymique ou le maintien d'assiettes couvertes d'acide phénique; l'été, on fera des pulvérisations d'eau fraîche ou antiseptiques sur le plancher.

C. Le typhoïdé aura *deux lits*, l'un sera occupé le jour, le second pendant la nuit. C'est ce qui nous a été accordé à l'hôpital dans les dernières épidémies. Il en résulte une garantie de propreté et un bien-être très grand éprouvé par les malades. Ils ne seront donc pas renfermés dans des alcôves, de sorte que l'on puisse circuler autour d'eux. On changera souvent le malade de position, la tête sera un peu élevée et les pieds maintenus chauds.

D. La literie, préservée par une alèze de caoutchouc placée entre le drap et le matelas et lavée régulièrement à l'eau phéniquée, sera renouvelée et désinfectée chaque fois qu'elle sera souillée; on fera de même pour les draps, les linges, ceux de pansement et ceux du corps, en les immergeant dans une eau très chaude, saturée de sel marin ou dans un baquet à solution savonneuse.

(1) Ce mémento sur la fièvre typhoïde fournira, nous l'espérons, aux praticiens, de précieuses médications thérapeutiques. Nous en remercions chaleureusement et nous félicitons sincèrement notre savant collaborateur M. Coutenot. (N. de la R.)

Digitized by Google

E. Les soins de propreté sont de premier ordre : *lavages* quotidiens de tout le corps, surtout de la peau, autour des orifices, avec une éponge et eau tiède aromatisée au phénol ou à l'essence de thym; ces lavages seront renouvelés toutes les fois qu'il y aura souillure. Bain tiède si possible.

F. Désencombrer le nez et la gorge, grande propreté de la *bouche*, y passer au pinceau une eau alcaline aromatisée (le bacillus subtilis pouvant se transformer en microbe pathogène); la bouche fuligineuse sera lavée à l'eau tiède boriquée à 4 0/0, les lèvres sèches seront enduites de beurre de cacao.

G. Les *excrétions*, expectorations, urines, surtout les *selles* seront reçues dans des vases renfermant une solution phéniquée à 5 0/0, rapidement enlevées, puis enfouies ou jetées dans des fosses réitérément désinfectées.

H. Pour le *personnel*, le moins de monde possible, une ou deux gardes de rechange.

I. La liberté du ventre (2 petites selles en 24 heures) sera maintenue par des lavements quotidiens, aqueux, émollients, etc.

J. Les boissons, toujours *peu* à la fois, mais très *souvent*. Eau fraiche, filtrée, bouillie, gazeuse, glacée, à discrétion. Infuser, selon les cas, boissons vineuses, acides, aromatiques, etc.

K. Les aliments très légers, comprenant selon les cas : *lait frais*, coupé, cru, bouilli ; *bouillons* maigres, légumineux, gras, animaux; *potages*, fécules, pâtes, pain, œufs, poudre de viandes; *aliments* légers, œufs, poisson, féculents, grenouilles; après fièvre et diarrhée : viandes blanches, hachis ; abstinence de pâtisseries, charcuterie, salaisons, crudités, salades, fruits (moins les pulpes très homogènes).

MÉDICATIONS ANTITHERMIQUE ET ANTIPYRÉTIQUE. — La théorie thermique de la fièvre a enfanté une médication systématique qui est la passion de quelques écoles, c'est un entraînement que ne peut détromper l'observation de tous les jours démontrant : que l'antithermie abaisse effectivement la température, sans l'empêcher de remonter toujours et de suivre sa marche quand même : que ce n'est pas la chaleur qui fait la fièvre, mais bien la fièvre qui fait la chaleur, qu'elle est un effet et non une cause ; que se préoccuper uniquement de la chaleur fébrile et trouver dans l'excès de calorique toutes les raisons symptomatiques de la maladie, c'est s'obstiner à ne s'adresser qu'à un élément du mal à l'exclusion des autres. En raison de cette doctrine, les adeptes ne voient qu'une méthode, celle qui soustrait le plus de calorique ou qui en diminue les agents générateurs.

L'idée de l'hyperthermie a donc inspiré les médications antithermique et antipyrétique, qui se confondent en se prêtant un mutuel appui pour agir sur la production même de la chaleur ou pour en favoriser l'élimination. Il faut reconnaître, pour être juste, que si elles n'agissent pas radicalement, elles ont une utilité réelle, indiscutable, une action d'épargne très importante à utiliser. Trois maladies en ont jusqu'ici bénéficié à des degrés divers : le rhumatisme cérébral, la scarlatine, la fièvre typhoïde. En dehors de ces trois maladies, je ne vois plus même leur absolue nécessité.

Technique des médications antithermique et antipyrétique. — *Bains froids.* Réfrigérants les plus actifs, qui exigent des procédés d'exécution attentifs et minutieux.

Lotions froides. Calment le système nerveux, ne fatiguent pas et abaissent la température de 0°5 à 0°8. Avec éponge trempée dans l'eau froide aiguisée de vinaigre aromatique, lotion rapide sur tout le corps, particulièrement sur le tronc; enveloppement dans une couverture de laine ; opération répétée cinq à dix fois par jour.

Affusions froides. Tout en abaissant la température, agissent surtout en imprimant à l'organisme une vigoureuse excitation ; l'énergie du cœur, celle des centres nerveux et respiratoires se trouvent augmentées. Le malade assis dans une baignoire, on verse l'eau à l'aide d'un seau sur ses épaules, de manière à ce qu'elle tombe en larges nappes, à une petite distance de la tête que l'on voudra le plus souvent épargner ; durée de l'affusion, deux à cinq minutes ; température de l'eau, 17° à 28° ; enveloppement dans la laine, chaleur aux pieds, bouillon et vin coupé.

Enveloppement mouillé. Moyen énergique, passible des mêmes reproches que la méthode Brandt-Glénard. Le malade est serré dans un drap mouillé et froid, puis dans une couverture de laine. Au bout de six à huit minutes, sur un lit voisin, nouvel enveloppement de même durée. La séance comprend de quatre à six applications.

Bains prolongés progressivement froids (procédé Bouchard). Bain à 2° au-dessous de la température notée chez le malade, toutes les six minutes, abaissement du bain de 1° pour arriver à 30° ; durée, une heure à une heure et demie ; à renouveler six à huit fois dans les vingt-quatre heures.

Lavements froids. 200 gr. d'eau à 10° ou 15° abaissent la température et le pouls. Les lavements d'un litre à 5° toutes les trois heures, selon le conseil de Foltz, provoquent des contractions intestinales et des expulsions fécales ; ils exposent aux hémorrhagies et aux syncopes.

Matelas à eau. Appareil commode, très utilisé et étudié par le docteur Parizot, de Nancy, sorte de bain frais continu, maintient la température abaissée. Température modérée, le trop de froid étant très désagréable aux malades.

Diète hydrique. Eau fraiche donnée à discrétion pendant huit à dix jours, avec diète absolue ; réfrigérant interne recommandé par le docteur Luton, l'instigateur de cette méthode, qui croit naïvement procurer aussi par là l'inanition du parasite.

Bains tièdes prolongés. Emollients aussi utilisés comme réfrigérants. 31° plusieurs heures, descendu à 28° et 26° ; maintenir à ce degré si la température du malade persiste à 39 et 40°, à moins d'intolérance ; le donner court si le malade fatigue d'un long séjour. Au sortir de l'eau, enveloppement de laine, pieds chauds, bouillon et vin.

La quinine. Il en sera question plus loin, à propos du traitement spécial par cet alcaloïde.

Acide salicylique. Absolument contre-indiqué par la faiblesse du cœur, les déterminations reinales, les accidents cérébraux et thoraciques et chez les alcooliques. Celui qui croira devoir l'employer se servira surtout du salicylate de soude, qui est soluble.

Pr.	Salicylate de soude.....	4 à 8 gr.
	Eau.....	60 gr.
	Sirop simple.....	40 gr.
	Alcool bon goût.....	20 gr.

Par cuillerée toutes les trois ou quatre heures.

Acide phénique. Tâter la susceptibilité du malade ; suspendre aussitôt le signe de saturation constaté, c'est-à-dire la mélanurie ; doses toujours fractionnées.

L'injection sous-cutanée a des inconvénients locaux qui obligent à la repousser.

Par l'estomac : dans beaucoup de liquide en raison de son action irritante. Son odeur masquée par l'essence de citron. Dose de 25 cent., répétée s'il y a tolérance ou absence de nausée, ce qui est rare.

Digitized by Google

Pr. Acide phénique cristallisé, 2 à 4 décigr.
Alcool à 90°
Eau de citron..... 100 gr.
Sirop simple..... 100 à 150 gr.
Eau, q. s. pour un litre.

A prendre de trois en trois heures par 100 à 130 gr.

La *voie rectale* presque seule à utiliser. Si la muqueuse est saine, l'absorption est rapide; la diarrhée n'est pas une contre-indication.

Pr. Acide phénique cristallisé..... 25 gr.
Décocté de guimauve..... 150 gr.
Alcool..... q. s.
Laudanum, X à XX gouttes,

pour 1/4 de lavement froid.

S'il y a des accidents d'hypothermie ou de collapsus, lavage du rectum et lavement avec vin et alcool.

Antipyrine ou *analgésine*. S'administre en *injection sous-cutanée*.

Pr. Analgésine..... 10 gr.
Eau de laurier-cerise..... 20 gr.

Chaque centimètre cube contient 50 cent.

Potion. Pr. Analgésine..... 2 gr.
Eau distillée..... 70 gr.
Sirop de menthe..... 20 gr.

A prendre d'heure en heure ou de deux en deux heures.

Cachets :
De 25 à 50 cent..... jusqu'à 1 à 3 gr

Lavement :
Pr. Analgésine..... 2 gr.
Jaune d'œuf n° 1.
Eau tiède..... 130 gr.
Laudanum ..... VI à VIII gouttes.

Si accidents, collapsus, demi-syncope, transpiration froide; grog, chaleur aux membres, injections sous-cutanées d'éther.

(*A suivre.*)

FORMULAIRE DU PRATICIEN

CHIRURGIE

I. **Un mélange pour l'anesthésie locale.** — Il consiste dans l'association de l'éther, du chloroforme et du menthol, suivant la formule de Dobesch, mais qui, sans doute, est seulement astringente.

Chloroforme..... 10 grammes
Ether..... 15 —
Menthol..... 1 —

M. s. a. Mode d'emploi: en pulvérisations d'une minute de durée sur le champ opératoire.

Durée de l'anesthésie: deux à cinq minutes.

GYNÉCOLOGIE

II. **Pansement des gerçures du mamelon.** — Il a pour topique actif le géranium maculatum, auquel on a voulu attribuer une action spécifique:

Extrait fluide de géranium maculatum.. 30 grammes
Extrait de belladone..... 5 —
Eau distillée..... 60 —

F. s. a. pour l'usage externe.

En applications, au moyen de compresses de gaze, sur la région malade.

MALADIES DES ENFANTS

III. **Traitement de la gingivite de la dentition.** — Deux indications sont à remplir: 1° modérer la douleur locale; 2° prévenir ou combattre l'insomnie:

1° Localement, frictions sur la gencive, avec un pinceau trempé dans la mixture de Comby:

Sirop de belladone..... 10 grammes
Hydrochlorate de cocaïne..... 0 gr. 50

Comme moyen antiseptique: irrigations buccales avec l'eau boriquée tiède.

2° Grands bains à 33°, durant trois à quatre minutes; à renouveler tous les soirs et à faire suivre d'une friction générale (Barthez, Rilliet). Ils précèderont le pansement de la gencive malade.

Soins hygiéniques de la peau: combattre les troubles digestifs; modérer l'alimentation; lait rendu antiseptique.

Si on redoute l'intolérance pour la belladone, préférer le collutoire suivant:

Hydrochlorate de cocaïne..... 0 gr. 10
Laudanum de Sydenham..... V gouttes
Miel rosat..... 15 grammes

MÉDECINE

IV. **Préparations pour l'administration du gaïacol à l'intérieur.** — Au moment où les injections hypodermiques de cet agent antiseptique sont en honneur, voici les formules qui ont été données pour son administration par la voie buccale dans le traitement de la tuberculose pulmonaire:

1° *Teinture de gaïacol* (Sahli):
Gaïacol purifié..... XV à XXX gouttes
Alcool rectifié..... 25 grammes
Eau distillée..... 175 —

Dose: une cuillerée à deux cuillerées à café, dans une demi-verrée d'eau, après les deux repas principaux.

Conserver la solution dans un flacon coloré et à l'abri de la lumière.

2° *Vin au gaïacol* (Fraentzel):
Gaïacol..... 10 grammes
Teinture de gentiane..... 30 —
Alcool rectifié..... 180 —
Vin de Xérès..... q. s. pour 1 litre

Dose: une cuillerée à bouche, dans une demi-verrée d'eau, deux fois par jour.

REVUE DES CONGRÈS

2me Session triennal du Congrès des médecins et chirurgiens américains

(Tenu a Washington du 22 au 25 septembre 1891)

I. *Traitement de la fracture simple du corps du fémur.* — II. *Traitement de la tuberculose des os et des articulations par les injections parenchymateuses ou intra-articulaires.* — III. *Etat actuel de la chirurgie du cerveau d'après la pratique des chirurgiens de Philadelphie.* — IV. *Sept cas de chirurgie cérébrale.* — V. *Chirurgie de la colonne vertébrale.* — VI. *Chancres génitaux chez la femme.*

I. **Traitement de la fracture simple du corps du fémur.** — Le Dr Stephen Smith présente le rapport d'un comité constitué le 11 mai 1890, au Congrès de l'Association américaine de chirurgie.

On peut, en résumé, être satisfait du résultat obtenu dans le traitement:

1° Quand il existe un cal solide:

2° Quand le grand axe du fragment inférieur se prolonge exactement avec le fragment supérieur, ou tout au moins suivant des lignes parallèles, afin de prévenir toute déformation angulaire;

3° Quand la surface antérieure du fragment inférieur conserve sa relation normale avec la surface du fragment supérieur, afin de prévenir toute déviation du pied;

4° Quand la longueur de la jambe cassée est exactement égale à l'autre ou quand il n'y a pas plus d'un pouce de différence;

5° Quand la boiterie, si elle existe, n'est pas due à un raccourcissement de plus d'un pouce.

II. **Traitement de la tuberculose des os et des articu-**

Digitized by Google

lations, par les injections parenchymateuses ou intra articulaires. — Le Dr Senn est d'avis que :

1° Les injections parenchymateuses ou intra-articulaires de substances anti-bacillaires sont indiquées dans tous les cas de lésions tuberculeuses sous-cutanées des os et des articulations accessibles au traitement ;

2° De toutes les substances ainsi employées l'iodoforme est celle qui donne les meilleurs résultats ;

3° On peut l'administrer par la voie hypodermique sous forme d'une émulsion à 10 0/0 dans la glycérine ou l'huile d'olive pure ;

4° La solution éthérée ne doit jamais être employée, car elle peut amener la nécrose des tissus, ou de l'intoxication par l'iodoforme ;

5° Les abcès tuberculeux et les articulations qui contiennent du liquide synovial ou du pus tuberculeux, peuvent être lavés avec de l'eau boriquée à 3 ou 5 pour cent avant de faire l'injection ;

6° Les injections doivent être faites à des intervalles de une à deux semaines, et poursuivies jusqu'à ce que le processus se soit efficacement modifié ou jusqu'à ce que le traitement soit évidemment inutile ;

7° Les séquestres des extrémités osseuses avec synovite tuberculeuse secondaire nécessitent toujours la résection. Mais le traitement préliminaire par les injections d'iodoforme constitue une bonne préparation à l'opération et permet de bien augurer des résultats ;

8° Dans les affections tuberculeuses ouvertes, l'incision, le grattage, la désinfection, l'iodoformisation, les tampons de gaze iodoformée et la suture, suivis d'injections de l'émulsion d'iodoforme, sont indiqués, donnent d'excellents résultats et peuvent être employés dans tous les cas où l'on ne veut pas avoir à faire une opération considérable ;

9° Le Baume du Pérou peut être rangé à côté de l'iodoforme dans le traitement des affections tuberculeuses des os et des articulations et on peut l'employer avec succès dans les cas où le traitement opératoire n'est pas absolument urgent.

III. Etat actuel de la chirurgie du cerveau d'après la pratique des chirurgiens de Philadelphie. — La communication du Dr Hayes Agnew peut se résumer ainsi : Quel est l'état actuel de la chirurgie du cerveau et quels enseignements pratiques peut-on retirer de l'étude des résultats obtenus dans cette partie de la chirurgie ? Il étudie seulement les travaux des chirurgiens de Philadelphie et leurs trépanations pour épilepsie traumatique et jacksonnienne, abcès intra-craniens, hémorragies cérébrales, hydrocéphalie, céphalalgie, microcéphalie et néoplasmes.

Il déduit de cette étude :

1° Que toutes les fractures du crâne qui présentent une dépression même légère, et non accompagnées de symptômes cérébraux doivent être traitées par la trépanation, en vue des lésions qui peuvent survenir plus tard.

2° Que la trépanation dans l'épilepsie traumatique ne peut être que palliative.

3° Que dans l'épilepsie jacksonnienne la trépanation ne peut apporter qu'une amélioration temporaire.

4° Que la trépanation dans les abcès du cerveau qui, tous, se terminent par la mort, est tout à fait indiquée.

5° Que la trépanation est très rationnelle dans les hémorragies intra-crâniennes traumatiques.

6° Que dans les céphalalgies traumatiques, cette opération a de grandes chances de succès.

8° Que la trépanation n'a pas d'utilité dans l'hydrocéphalie.

9° Elle n'est nullement indiquée dans le traitement de la microcéphalie non compliquée d'athétose.

10° On est en droit de penser que des observations nouvelles limiteront plutôt qu'elles ne les augmenteront les indications de la trépanation dans les tumeurs cérébrales.

IV. **Sept cas de chirurgie cérébrale.** — Ce sont les observations de sept malades que le Dr W. Hammond a opérés pour épilepsie ou paralysie. Il fait remarquer que ces cas offrent des caractères particuliers non seulement parce que le siège réel ou supposé de la lésion indiquait une intervention, mais parce que les symptômes par leur nature et leur localisation ont toujours eu la plus grande importance pour désigner le siège de la lésion, le point du crâne avec lequel elle était en relation et sur quelle étendue on devait pratiquer l'opération.

V. **Chirurgie de la colonne vertébrale.** — Les conclusions du Dr William White sont les suivantes :

1° Quelques objections s'élèvent contre l'intervention chirurgicale dans les traumatismes de la colonne vertébrale (hémorragie, fréquence de la dégénérescence de la moelle, présence de fragments osseux inaccessibles, etc. D'autres objections sont dues à une crainte bien fondée du choc dans les cas que l'on a opérés avant que l'on fit de l'anesthésie, et de l'inflammation, de la suppuration et de la septicémie avant que l'on ne fit de l'antisepsie.

2° Les résultats des interventions chirurgicales dans certains cas de fracture de la colonne vertébrale sont encourageants et peuvent engager à reséquer plus souvent les lames et les arcs postérieurs : 1° dans tous les cas de fracture ou de dislocation avec dépression ; 2° dans quelques cas où la fracture s'accompagne de dégénérescence rapide ; 3° dans tous les cas où il y a de la compression de la queue de cheval pour quelque raison que ce soit ; 4° quand on se trouve en présence de symptômes caractéristiques d'hémorrhagie spinale, intra ou extra-médullaire.

3° L'opération n'est contre-indiquée que si on craint de trop léser la moelle. Le chirurgien attendra tant qu'il n'y aura ni incontinence d'urine ni incontinence de matières fécales.

VI. **Chancres génitaux chez la femme.** — M. Robert W. Taylor a remarqué que les chancres génitaux sont aussi fréquents dans les deux sexes, mais que les chancres extra-génitaux sont plus fréquents chez la femme que chez l'homme. Leur marche chez elle est plus irrégulière, et ils sont parfois si petits et si bénins que leur nature peut passer inaperçue. Pour l'étude clinique on peut les classer ainsi :

1° *L'érosion superficielle ou chancreuse*, apparaissant d'abord sur la muqueuse, d'apparence bénigne, pouvant être prise pour une vésicule d'herpès ou une simple érosion, et pouvant ne pas être soupçonnée de la malade même.

2° *Le tubercule ou papule squammeuse*, apparaissant d'abord comme une petite papule rouge sombre. Ce chancre disparaît lentement. Il peut desquammer et suinter.

3° *Le tubercule ou papule élevée* (*ulcus elevatum*), lésion bien circonscrite, plate ou élevée, à surface semblable à celle de l'érosion chancreuse. C'est sur les grandes et petites lèvres qu'elle est le plus typique. Son volume peut s'étendre beaucoup, son induration peut être peu marquée.

4° *Le chancre encroûté* que l'on peut trouver sur n'importe quelle partie du corps. Dans cette catégorie rentre le *chancre multicolore ou en cocarde* de Fournier.

5° *Le nodule induré*, si commun chez l'homme, est rare chez la femme. Chez l'homme, en effet, le nodule syphilitique a ordinairement une forme compacte et un volume restreint. Chez la femme il tend à se diffuser dans les tissus muqueux.

6° *Le chancre exulcéré diffus*, d'aspect variable, s'observant surtout chez la femme de basse classe.

En règle générale, les chancres génitaux de la femme ne sont pas accompagnés de douleur.

(*A suivre.*) P. C.

Digitized by Google

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES ÉTRANGÈRES

BELGIQUE. — **Académie de médecine** (26 sept. 1891). I. *Les indications de la dilatation et du curettage utérin.* — **Société de médecine de Gand** (11 août 1891). II. *Le drainage des uretères et sa technique.*

I. **Les indications de la dilatation et du curettage utérin.** — M. VAN CAUWENBERG venge cette opération des accusations dont elle est l'objet. Jusque là, rien d'important au point de vue pratique : ce qui le paraît plus, c'est la façon dont il en signale les indications.

Voici d'abord la technique adoptée dans son service ; 1° chloroformisation ; 2° nettoyage antiseptique du vagin et injection intra-utérine de glycérine iodoformée ; 3° dilatation extemporanée du col ; 4° curettage avec la curette tranchante préférable à la curette mousse qui nécessite un effort plus grand ; 5° écouvillonnage et injection de teinture d'iode ; 6° tamponnement vaginal avec la gaze à l'iodoforme.

La dilatation forcée obtenue avec des bougies métalliques est à son avis préférable à la dilatation lente par la laminaire.

Quelles sont les indications du curettage ? Les endométrites, d'abord que l'endométrite existe seule ou soit accompagnée de salpingites. Par contre elle n'est point indiquée dans les salpingites, car elle ne suffit pas pour assurer l'évacuation du pus hors des trompes.

Dans les carcinomes utérins, les bénéfices du curettage sont passagers et néanmoins certains.

Il n'est indiqué, dans la rétention placentaire par avortement, qu'après l'échec du tamponnement par la gaze iodoformée ou dans tous les accidents nettement infectieux. Tenant à l'emploi de la curette dans la septicémie puerpérale, M. Van Cauwenberg ne se prononce pas. Il abrite son opinion indécise derrière celle des gynécologistes allemands, admet avec eux que le curettage doit être remplacé par des irrigations antiseptiques abondantes quand l'infection est généralisée et, avec Braum (de Vienne), qu'elle rend des services dans les cas où une lésion localisée de la muqueuse sert de porte d'entrée à l'infection. Bref, M. Cauwenberg est partisan m déré du curettage utérin; c'est peut-être là encore le meilleur moyen de le recommander.

II. **Drainage des uretères et sa technique.** — Un obstacle à la réunion immédiate de la plaie vésicale dans la taille est la présence de l'urine dans la vessie, distendant cet organe et demeurant en contact permanent avec lui. Le drainage vésical par la sonde à demeure n'a point réalisé les espérances de ses inventeurs. Le drainage des uretères doit-il le faire? M. WILLEMS l'espère.

La recherche des uretères est une première difficulté à vaincre. Comment les trouver ? En se souvenant que le triangle de Lieutaud mesure trois centimètres de côté et qu'ils en forment les angles latéraux. Néanmoins, malgré ces points de repère anatomiques, il y a des difficultés à les trouver.

Comment procéder au drainage de ces conduits ? M. Willems emploie une sonde de Nélaton dont l'extrémité vésicale se termine par deux petits tubes faisant entre eux un angle d'environ 45°. Ces tubes ont un diamètre de trois millimètres et une longueur de quatre centimètres ; ils sont légèrement effilés à leur extrémité. Par la plaie hypogastrique, il introduit d'abord la sonde dans l'urèthre, par la manœuvre du cathétérisme rétrograde ; puis, au moyen d'une pince, il pousse chacun des petits tubes dans l'un des uretères, à une profondeur d'environ un centimètre.

L'appareil une fois en place ne peut plus bouger ; il est impossible que les tubes s'échappent des uretères, le point de bifurcation reposant contre le col et prenant là un point d'appui.

Par ce procédé, l'urine sera collectée par les tubes dans l'uretère et amenée de là directement à l'extérieur. Pas une goutte ne pourra tomber dans la vessie qui sera mise ainsi absolument au repos. La suture faite dans ces conditions réussira presque à coup sûr. Une fois la réunion obtenue, il suffira de tirer sur la sonde pour la ramener à l'extérieur : les deux petits tubes s'accolent et passent difficilement par l'urèthre.

A l'époque où M. Willems faisait ces recherches, M. Deneffe lui objecta que les uretères ne supporteraient peut-être pas le contact de la sonde pendant le nombre de jours nécessaires à la cicatrisation de la plaie vésicale. Cette objection parut sérieuse : il n'avait alors à lui opposer que le cas de Pawlik qui a laissé une sonde dans l'uretère d'une femme pendant quarante-huit heures, sans qu'il en résultât aucun accident.

Dernièrement, M. Albarran a exécuté sur le vivant l'opération qu'il étudiait sur le cadavre.

On le voit : M. Willems est en droit de revendiquer une part de priorité dans la découverte de ce procédé thérapeutique, dont la valeur est à démontrer par des faits ultérieurs.

R. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 octobre 1891
Présidence de M. le Dr TERRIER.

Résection partielle de l'ovaire. — M. ROUTIER a pratiqué la castration incomplète chez plusieurs malades, et les résultats éloignés de ce traitement n'ont pas été aussi favorables que dans les cas cités par M. Pozzi dans une séance précédente. Quand il s'agit d'appliquer cette opération, il faut établir une distinction entre les néoplasmes de l'ovaire et les salpingo-ovarites. En effet, lorsqu'il existe une tumeur organique, on peut se borner à enlever le néoplasme en laissant la partie saine de l'ovaire et, à plus forte raison, celle du côté opposé, s'il est indemne. Il n'en est plus de même dans les tumeurs inflammatoires des annexes. Ceux-ci doivent être enlevés en totalité chaque fois que la lésion est bilatérale, si l'on ne veut s'exposer à des récidives, quand bien même la trompe ou l'ovaire serait seul envahi par la suppuration. La question semblerait devoir être reservée dans l'ovarite scléro-kystique. M. Routier pense qu'une résection incomplète de l'ovaire, dans laquelle on se borne à enlever la partie malade, est une mauvaise pratique, l'expérience ayant appris que la dégénérescence kystique continuait à se produire sur le moignon, d'où le retour des douleurs et des métrorrhagies au bout d'un certain temps.

M. Routier termine son argumentation par ce dilemme : ou l'ovaire est assez malade pour justifier une ablation totale, ou il ne l'est pas assez, et dans ce cas il faut le laisser tranquille et ne pas faire la laparotomie.

M. POZZI. La résection incomplète de l'ovaire est une opération d'exception. Deux fois il a pratiqué cette opération avec de bons résultats et il estime qu'elle doit être essayée. Toutes les fois, dit-il, qu'il y a une dégénérescence affectant une partie de l'organe, il est rationnel de ne pas le sacrifier en totalité et de conserver la fonction. N'a-t-on pas obtenu des guérisons d'inflammations anciennes des annexes par la seule destruction d'adhérences fibreuses ? Pourquoi n'en serait-il pas de même quand on réséque toute la lésion d'un ovaire, en laissant les parties saines ?

Anévrysme du tronc brachio-céphalique et de la carotide primitive droite. — M LE DENTU. Il s'agit d'un homme de 34 ans, atteint d'une volumineuse tumeur pulsatile de la région thoracique antérieure et du cou, située à droite et ayant déterminé une sclérose. La portion thoracique de cette tumeur

Digitized by Google

très apparente, animée de battements, avait détruit la partie supérieure du sternum et les deux tiers internes de la clavicule; la portion cervicale se prolongeait jusqu'au niveau du cartilage thyroïde et avait refoulé le larynx en dehors. La p au, amincie à ce niveau, était intacte sur le reste de la tumeur. Le cœur, refoulé en bas et à gauche, battait dans le sixième espace intercostal. L'auscultation faisait percevoir au niveau du néoplasme un souffle intense se prolongeant vers la carotide droite. Entre le cœur et la tumeur existait une zone sonore; les bruits du cœur étaient normaux. M. Le Dentu diagnostiqua un anévrysme du tronc brachio-céphalique avec envahissement de la carotide primitive droite et intégrité de la crosse de l'aorte. M. Duguet, appelé en consultation, confirma ce diagnostic. Le malade éprouvait de violentes douleurs dans l'épaule et le bras droit, et réclamait avec instance une opération pour être débarrassé de ses maux; pas de vertige. Le pouls radial et le pouls temporal étaient les mêmes des deux côtés, ce qui indiquait que le sang franchissait aisément la poche sans avoir la tendance à s'y coaguler. Il ne paraissait donc pas y avoir de chance de guérison spontanée. La tumeur marquait 14 centimètres en hauteur et 12 en largeur. Son début remontait à deux ans seulement; en juillet 1889, le malade fut atteint de convulsions iloniques, puis toniques qui durèrent une heure. avec perte de connaissance et du souvenir. Un traitement spécifique mal suivi resta sans résultats, quoique le sujet fût nettement syphilitique; c'est alors que l'on constata les premiers signes de l'anévrysme. Bientôt le malade eut de nouvelles crises convulsives; l'une d'elles fut suivie d'une hémiplégie gauche. Celle-ci se dissipa sous l'influence d'un traitement spécifique énergique. L'anévrysme continua à se développer lentement, s'accompagnant de douleurs de plus en plus vives dans l'épaule et le membre supérieur droit.

Le 8 juin, M. Le Dentu tenta l'oblitération du sac par la méthode de Brasdor, c'est-à-dire par la ligature des artères entre la tumeur anévrysmale et les capillaires. Il commença par la sous-clavière droite, qui fut liée en dehors des scalènes; la carotide primitive droite fut ensuite liée à un centimètre au-dessous de sa bifurcation. Il eut soin de se servir de gros fil de catgut et de le serrer modérément, de manière à ne pas rompre les tuniques artérielles. Les suites immédiates de l'opération furent bonnes; il ne se produisit aucun trouble de la circulation cérébrale, pas d'élévation de la température. Les battements du cœur devinrent plus fréquents (120 à 130 par minute), caractérisant un léger créthisme cardiaque, qui ne céda qu'au sulfonal à la dose de 1 gr. en deux fois. On remarqua une légère inégalité des deux pupilles, caractérisée par de l'atrésie de la pupille droite. Les pouls radial et temporal droits continuèrent à être perceptibles; ils ne furent pas modifiés du côté gauche. Jamais le malade n'eut d'accès de suffocation. Au bout de quelques jours, il commença à prendre une certaine agitation dans son lit, des impatiences, de l'excitation cérébrale, du délire. Ces désordres cédèrent à l'emploi du sulfonal. Une légère phlébite du pli du coude fut le seul accident inflammatoire que l'on observa. La sensibilité cutanée, la tempéra ure restèrent les mêmes sur les membres. Les douleurs persistèrent dans le bras et l'épaule droits. Les pulsations persistaient dans l'anévrysme, et, à partir du quatorzième jour, il reprit un accroissement lent. Le malade se nourrissait difficilement, à cause de la pression exercée par la poche anévrysmale sur l'œsophage. Le malade succomba le 22 juillet au milieu d'une asphyxie lente, au moment où la peau, très amincie par la tumeur, semblait sur le point de se rompre. L'autopsie n'a pu être faite.

Si les lésions n'avaient pas été aussi avancées, on aurait pu espérer obtenir une guérison par la méthode de Brasdor, ainsi que M. Le Dentu en rapporte plusieurs exemples recueillis dans la littérature médicale. Il pense que, dans les cas de ce genre, le traitement de choix est la ligature simultanée périphérique des artères.

Dr H. Marciguey.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 octobre
Présidence de M. le Dr Labbé

Polyurie dans la sciatique. — M. Debove à remarqué chez plusieurs malades atteints de sciatique, dont il rapporte les observations, une augmentation de la quantité des urines. Cette polyurie simple débute en même temps que la névralgie, son maximum coïncide avec le paroxysme des douleurs. Elle décroît et disparaît en même temps que celle-ci. Le fait est donc extrêmement facile à vérifier. Les urines secrétées varient de 2 à 4 litres suivant les malades et ne contiennent pas de sucre. Point d'azoturie. Dans un cas de névralgie faciale, les urines étaient restées à leur chiffre normal.

Cette polyurie dans la sciatique pourrait être rapprochée d'une expérience physiologique bien connue. Lorsque l'on coupe le sciatique d'un chien et que l'on excite le bout central du nerf, on détermine une augmentation de la pression artérielle. Or, on sait que quand la pression artérielle est augmentée, la secrétion des urines est plus abondante.

La névralgie du sciatique semblerait donc agir comme l'excitation directe de ce nerf et déterminer secondairement augmentation de la diurèse.

M. Mathieu déclare avoir observé deux fois la polyurie dans le cours de la sciatique ; elle suivait la marche des paroxysmes douloureux pour disparaître avec eux.

Hystérie avec attaques épileptiformes. — M. Mathieu rapporte l'observation d'un homme de 40 ans, qui, depuis plusieurs années, était atteint d'attaques convulsives semblables à celles de l'épilepsie. Ce malade éprouvait d'abord une aura passagère, poussait un cri, pâlissait du visage, et tombait avec perte de connaissance ; les membres étaient alors animés de secousses convulsives et la face turgescente ; une mousse sanguinolente coulait entre les lèvres. Cette crise durait de deux à dix minutes, puis il s'endormait lourdement avec ronflements sonores. Ces attaques survenaient d'une manière assez irrégulière, tous les huit à quinze jours. Leur grande similitude avec celles de l'épilepsie pouvait les faire attribuer à cette dernière, cependant M. Mathieu n'est pas de cet avis. En effet, en examinant avec soin le patient, on constate chez lui des stigmates d'hystérie, tels qu'une hémianesthésie gauche totale, un retrécissement très accusé du champ visuel, l'anesthésie du pharynx. Il ne faudrait pas attacher une valeur considérable à ce symptôme, car le malade prend du bromure.

Il est très facilement hypnotisable. De plus, c'est un mélancolique avec idées de suicide. Il éprouve des maux de tête fréquents, sans être syphilitique. Cet homme présente d'autres accidents névropathiques; il a un tic du front et des sourcils. Sans être agoraphobe, il marche difficilement sur un trottoir, il éprouve une certaine anxiété dans la rue et a peur de l'ombre, même de la sienne. C'est ainsi qu'il ne peut franchir l'ombre d'un arbre.

On doit chez ce malade rattacher à l'hystérie les phénomènes épileptiformes. Ceux-ci sont survenus tardivement depuis quatorze mois seulement : les crises convulsives avaient été précédées de phénomènes de petit mal : vertiges passagers, pertes subites de connaissance, depuis un an, après une émotion violente. Il avait failli succomber dans une chûte d'un endroit élevé. Depuis ce moment qu'il présenta des accidents épileptiformes. Il n'est pas douteux que ces crises ne soient des crises d'hystérie, survenues chez un sujet prédisposé, à l'occasion d'un choc physique et moral.

Digitized by Google

M. Mathieu endort fréquemment ce malade du sommeil hypnotique, toutefois il n'est pas parvenu à guérir par la suggestion les crises épileptiformes; il a seulement amélioré les idées de suicide.

M. Barié. Il eût été intéressant d'examiner les urines après les attaques convulsives. M. Lepine a signalé une augmentation de l'urée après les attaques d'épilepsie, tandis que son taux reste normal après les crises d'hystérie. On aurait pu trouver dans cet examen un caractère différentiel entre les deux affections.

M. Voisin incline à penser qu'il s'agit bien d'attaques d'hystérie. Les attaques d'épilepsie franche ne durent jamais plus d'une à deux minutes. Si leur durée est plus longue, il s'agit d'hystérie. Quant au caractère différentiel tiré des urines, il ne lui reconnait pas de valeur pathognomonique. Jamais il n'a constaté d'augmentation de l'urée après les attaques d'épilepsie.

H. M.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 octobre 1891

Présidence de M. le Dr Regnault

M. Marjolin lit un rapport sur les résultats de l'application de la loi Roussel.

Différenciation du bacille typhique et du bacillum coli communis — M. Chantemesse lit au nom de M. Vidal et au sien une note sur ce sujet. Il rappelle qu'il y a cinq ans, il a proclamé la différence qui existe entre les deux bacilles. En 1889, à la Société de Médecine de Lyon; en 1890, à la Société de Biologie, Rodet et G. Roux ont soutenu l'identité du bacille typhique, et du *bacillum typhi communis*. Ils remettaient ainsi en honneur les anciennes idées sur la spontanéité de la fièvre typhoïde.

Les arguments de MM Rodet et G. Roux reposent sur l'interprétation de faits anciennement connus. Ils supposent que, par suite de son passage dans l'organisme humain, le *bacillum coli communis* transforme ses caractères et prend ceux de bacille d'Eberth. Un pareil fait est contraire à tout ce que nous savons en bactériologie.

MM. Rodet et G. Roux disent que le *bacillum coli communis* chauffé à 30° pendant treize minutes prend les caractères du bacille typhique. Or le *bacillum coli communis* soumis à cette température est tué au bout de quelques secondes. Si on soumet des tubes contenant des cultures de ce bacille à une température de 60° pendant cinq minutes, on stérilise les cultures.

Enfin, il existe un signe capital qui différencie les deux bacilles. Le *bacillum coli communis*, quelle que soit son origine, fait toujours fermenter le sucre. Le bacille typhique, quelle que soit également son origine, ne fait jamais fermenter le sucre.

Les deux bacilles sont donc absolument différents.

Traitement physiologique de quelques maladies cutanées. — M. Dujardin-Beaumetz lit, au nom de M. Semmola, une note sur ce sujet. M. Semmola fait observer qu'il y a quelques dermatoses qui diminuent d'intensité ou disparaissent pendant les chaleurs pour reparaître en hiver. En outre, les topiques ne peuvent guérir complètement ces dermatoses, ou bien, s'ils les guérissent, il se produit des troubles internes.

M. Semmola rappelle la grande influence des fonctions digestives, rénales et cutanées sur la marche des dermatoses. Le traitement qu'il préconise peut être ainsi formulé : on soumet le malade aux bains chauds à 35° dès que commence le mois de septembre. Au bout de trois semaines, on les remplace par des douches écossaises continuées pendant tout l'hiver. Ce traitement a pour but de maintenir l'activité des fonctions cutanées.

Pour faciliter les résultats, on donne une grande quantité de lait aux malades et on diminue la quantité de viande et d'œufs pour rendre plus faible la production des toxines dans le tube digestif. Chez les scrofuleux, on donne l'iodure de sodium et, chez les rhumatisants, le bicarbonate de soude. Il ne faut jamais recourir aux médicaments astringents.

Emploi de la tuberculine comme moyen de diagnostic de la tuberculose bovine. — M. Nocard débute en rappelant combien le diagnostic de la tuberculose est difficile chez les animaux et cependant ce diagnostic est d'une importance capitale, car on sait quels dangers offre le lait tuberculeux. Il n'y a pas de moyen de propagation plus actif et plus redoutable chez les jeunes sujets. Il s'agit, bien entendu, du lait contenant des bacilles de Koch, car toutes les vaches tuberculeuses ne donnent pas forcément du lait tuberculeux. Celui ci n'existe pas en très grande abondance, mais il n'en est pas moins très dangereux.

Il existe un moyen très efficace de déceler la tuberculose dans ses formes les plus cachées, c'est l'emploi de la tuberculine. Parmi les nombreux mérites de ce liquide figure sa valeur diagnostique. Chez l'homme, les bénéfices qu'on en retire ne peuvent être mis en parallèle avec les dangers, mais les mêmes inconvénients n'existent pas pour les animaux.

Chez les animaux tuberculeux adultes, la tuberculine injectée à la dose de 25 à 50 centigrammes produit une élévation de température de 1 à 3 degrés. Chez les adultes sains, on n'observe aucune élévation de température, ou elle est très faible : quelques dixièmes de degrés. Chez les bovidés atteints de phtisie très avancée, la réaction fait défaut. Chez les très jeunes sujets, la réaction est variable et indépendante de l'existence de la tuberculose.

Sur 19 animaux ayant réagi sous l'influence de l'injection de tuberculine, 17 étaient tuberculeux à des degrés divers; 2 n'étaient pas tuberculeux : l'un avait une cirrhose du foie, et, chez lui, l'élévation de température ne fut que de 8 dixièmes de degré, l'autre avait un œdème intense.

Chez 38 animaux n'ayant pas réagi, il n'y a eu que 2 sujets de tuberculeux, mais ils l'étaient au dernier degré et, par suite, le diagnostic était facile. Parmi les 17 animaux ayant réagi et atteints de tuberculose, 8 avaient un aspect magnifique, et jamais on ne se serait douté qu'ils étaient tuberculeux.

Les 37 animaux n'ayant pas réagi n'étaient pas tous sains : 2 avaient une péripneumonie, 1 une bronchite vermineuse, 3 des échinocoques du poumon, 1 une actinomycose de la mâchoire.

M. Nocart propose d'éliminer toutes les vaches qui ont offert une réaction après l'injection de tuberculine et de n'admettre à la reproduction que les vaches qui n'ont pas réagi.

On objectera que la réaction ne s'est pas produite chez des animaux tuberculeux et qu'elle s'est effectuée chez des animaux non tuberculeux. Mais, dans le premier cas, la tuberculose était au dernier degré, par conséquent, facile à diagnostiquer et, dans le second cas, les animaux, pour n'être pas tuberculeux, étaient atteints de maladies graves. Assurément la tuberculine ne constitue pas un moyen de diagnostic infaillible, mais pourquoi renoncer à son emploi ? M. Nocart ne veut pas la substituer à la recherche des bacilles et à l'inoculation, mais il propose de l'adjoindre à ces deux procédés de diagnostic.

M. Roux peut fournir de la lymphe qui a des effets identiques à ceux de la lymphe de Koch. M. Nocart émet le vœu qu'on mette à l'étude l'inspection médicale des établissements où se produit du lait pour l'alimentation.

Des revaccinations. M. Hervieux conclut de son rapport que les revaccinations peuvent éteindre les épidémies de va-

Digitized by Google

rioles les plus graves et que les individus revaccinés peuvent rester indemnes au milieu des populations rongées par la variole. F. R.

INFORMATIONS

ÉTRANGER

ITALIE. — **La Société italienne de laryngologie.** — La création de cette Société a été décidée au dernier Congrès de médecine de Sienne. Son siège social sera Rome; elle aura pour titre : Société italienne de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. Le comité qui en prépare l'organisation a pour membres : MM. Eyli (de Rome), Massen et Fasreno (de Naples) et Grazzi (de Florence).

NOUVELLES MILITAIRES

FRANCE

Nomination dans le corps de santé de la marine (réserve). — *Au grade de médecin de 2e classe* : M. le Dr Allœin, médecin de 2e classe de la marine.

Ecole du service de santé militaire. — *Liste, par ordre de mérite, des candidats admis à la suite du concours de* 1891. — MM. Mainguy, Viallet, Schneider, Legrand, Léon, Denis, Deroin, L'Homme, Sallet, Ponson, Weil, Peyroux Richon, Ligouzat, Challiol, Stéfani, Oui, Beaugeois, Paul, Masure, Peyrolle, Gault, Mauviez, Baumelot, Gallou, Poullain, Carrey, Fache, Caziot, Mélot, Miramond, Boucarut, Leniez, Saint-Martin, Douzans, Dehoey, Bonthoux, Bory, Lascoutx, Bailby, Bontemps, Ovin, Ravé, Bar, Pignet, Gerbaux, Augarde, Gautraud, Collet, Coullaud, Couraud, de Lauwereyns de Rosendaele, Cros, Defougret, Lamoureux.

Ecole du service de santé de la marine. — Sont nommés élèves du service de santé, à la suite du concours de 1891. MM. Ortholan, Bérard, Boye, Judet de la Combe, Dargein, Lépine, Autric, Merbaux-Pouty, Kérist, Triboudeau, Savornin, Séguin, Marcourt, Talbot, Foutrein, Vassal, Cassien, Legendre, Vassal, Micholet, Bérein, Charnel, Tedeschi, Berger, Létinois, Pasquet, Abatucci, Tanvet, Brau, Olivier, Guide, Henric, Brisson, Chapuis, Ascornet, Buffon, Martinet, Chabaneix, Miquel, Chalibert.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs Deluze (de Coutras), Jacottet (de Bonneville), Correnson (de Jemmapes, Algérie) et Lalesque (de La Teste).

En Russie : M. le Dr N. Kowalewski, professeur de physiologie à l'Université de Kasan.

En Autriche : M. le Dr K. Wedl, professeur honoraire d'histologie à la Faculté de médecine de Vienne.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

BRUNSWICK. — Un cas de neurasthénie. (*Bull. méd. des Vosges*, juillet 1891, p. 41).

BUZDYGON. — Deux cas de myxœdème. (*Wiener klin. Woch.*, 1891, h. 31).

CLAISSE. — Note sur un cas de purpura à pneumocoques. (*Arch. de med. expérimentale et d'anat. path.*, 1er mai 1891).

CLARKE. — Des méthodes modernes de diagnostic des maladies de l'estomac. (*The Bristol med. chir. Journal*, juin 1891).

COLLINS. — Glycosurie et diabète. (*The Med. chronicle*, août 1891, p. 329).

COUPERLMANN. — De la forme de dysentérie produite par l'amœba coli. (*Journal of the American med. Association*, juin 1891).

DANA (C.). — Du diagnostic des hémorrhagies intra-crâniennes. (*The N.-Y. med. Record*, 25 juillet 1891).

FRAENKEL. — De l'aphte de Bednor. (*Centralbl. f. klin. med.* 1891, n° 29).

FRISCH. — Diagnostic de la tuberculose génito-urinaire. (*Intern. Klin. Runds.*, 1891, heft 28 et 30).

GROCCO. — Une cause d'erreur dans la recherche de l'albumine dans les urines ictériques. (*Revista generale Italiana*, 20 juillet 1891).

GRUNDZOLL. — Des calculs biliaires de l'estomac. (*Wiener med. Woch.*, 1891, n° 28).

JAMES (A.). — Epanchements pleuraux fétides. (*Edimburgh med. journal*, juillet 1891).

JANKON. — Hemiatrophie faciale progressive. (*Deut. med. Woch.*, n° 26, 1891).

JOSEPH (J.). — De la tuberculose miliaire aiguë apyrétique. (*Deut. med. Woch.*, 1891, n° 28).

LEYDEN. — De l'ataxie aiguë. (*Zeitschrift f. klin. Med.*, bd 18, heft 5 et 6, 1891).

MIRTO (G.). — De la chorée chronique progressive. (*Riforma medica*, 3 août 1891, p. 289).

REYNOLDS (E.). — Traitement du coma diabétique. (*The Med. Chronicle*, août 1891, p. 338).

REVERDIN. — Tuberculose musculaire primitive. (*Revue méd. de la Suisse romande*, 20 août 1891).

SANDOZ. — Troubles nerveux dans la dyspepsie. (*Revue méd. de la Suisse romande*, 20 août 1891).

VALENTI. — Des troubles circulatoires de la néphrite chronique. (*Revista clinica e terapeutica*, juillet 1891).

THÉRAPEUTIQUE

ADAMKIEWICZ. — La cancroïne, ses réactions sur le carcinome. (*Wiener med. Press.*, 1891, h. 39, p. 1170).

BULKLEY. — De la préparation et de l'emploi des pommades en dermatologie. (*Thérapeutic Gazette*, 15 août 1891, p. 505).

CAVAZZANI. — Action du chloral sur les reins. (*Riforma medica*, 5 août 1891, p. 344).

CRANUCION et SILBER. — De l'hydrocotoïne. (*Ann. de chim. à farm.*, 1891, p. 6).

DIETERICH. — De l'action vésicante de la cantharidine. (*Pharmaceut. Zeitschrift f. Russland*, 1891, p. 333).

EICHHOFF. — De l'emploi de l'europhène en dermatologie. (*Therap. Monat.*, juillet 1891, h. VII, p. 379).

FOCHIER. — Thérapeutique des infections pyogènes généralisées. (*Lyon médical*, 23 août 1891).

PATTERSON. — De la valeur du chloralamide comme sédatif dans la période terminale des cardiopathies. (*Therapeutic. Gaz.*, 15 août 1891, p. 534).

PETERSEN. — De l'iodure de cresol. (*Munch. med, Woch.*, 1891, h. 30).

SIEBEL. — Sur l'europhène, nouveau produit iodé. (*Thérap. Monat*, juillet 1891, h. VII, p. 373).

SIRENA et ALESSI. — Action de la créoline sur le bacille du charbon. (*Riforma medica*, 11 août 1891, p. 373).

TOTI. — Intubation du larynx ou trachéotomie. (*Le Sperimentale*, 31 juillet 1891).

WALLACE. — L'aristol en oculistique. (*Univ. med. magaz.*, juillet 1891).

WATSON (E.). — De la créoline dans la dysenterie, les diarrhées séreuses et les diarrhées estivales. (*The Therapeutic Gaz.*, 15 août 1891, p. 533).

Le Directeur-gérant : HENRI HUCHARD.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEDER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE N° 43 21 OCTOBRE 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, BÉCLÈRE, BROCQ, DEMELIN, DU CASTEL, GINGEOT, Charles MAURIAC, PICQUÉ Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

HYGIÈNE THÉRAPEUTIQUE

De l'hygiène des syphilitiques

Accidents secondaires et tertiaires

Dans un précédent article, nous avons indiqué les mesures hygiéniques que réclament les accidents initiaux de la syphilis : chancre et bubon (1). Mais il n'a été et il ne devait être question que d'une hygiène purement locale. A ses débuts, la syphilis est d'aspect minime. Sauf exceptions rares, elle n'arrive à produire qu'une plaie insignifiante. Ce n'est donc pas à cette période que les malades peuvent ressentir les effets fâcheux et subir l'influence nocive des agents, qui exercent sur l'ensemble de la constitution une action délétère. Le virus n'a point encore pénétré les viscères, qui conservent intacts leurs forces de résistance et leur pouvoir éliminateur.

Mais dès le début de la période secondaire, il n'en est plus ainsi. Déjà les accidents, par leur dissémination, leur étendue, indiquent que l'invasion totale de l'organisme constitue un fait accompli. La preuve en est dans les répercussions viscérales de la syphilis, qui se manifestent dès cette période et qui, autrefois ignorées, ne laissent aujourd'hui aucune place au doute, depuis que l'on connaît dans ses menus détails l'histoire naturelle de la maladie.

Il est clair que si le virus, dont la puissance d'action est en rapport direct avec son introduction récente dans l'organisme, s'attaque à une constitution affaiblie, à des organes déjà détériorés, ses ravages seront en proportion de la faiblesse de résistance qu'on lui opposera.

Or, si le médecin est faiblement armé contre les tares héréditaires, s'il ne peut nourrir l'espoir de réduire à néant la disposition morbide, fruit de l'atavisme et inhérente, on peut le dire, à chaque individu, il connaît, aujourd'hui, grâce aux travaux des syphiligraphes, les conditions particulières, les causes spéciales, qui aggravent le pronostic de la syphilis. Il peut donc les signaler au malade, le mettre en garde contre des dangers, dont celui-ci ne soupçonne pas la gravité, voire même le fortifier pour la lutte, en le décidant à renoncer à certaines habitudes, dont l'expérience clinique a démontré par des milliers d'exemples l'influence désastreuse.

Indépendamment de ces causes, qui rendent la syphilis grave dans l'ensemble de ces manifestations, il en est d'autres qui agissent localement en prolongeant, perpétuant même les accidents en certains points déterminés, ou en provoquant des récidives incessantes, qui désespèrent le malade et découragent le médecin. Ces causes, il importe non moins d'y insister ; car, en ce qui concerne la bouche particulièrement, elles peuvent amener des lésions incurables et même, pour peu qu'il y ait une prédisposition héréditaire, créer un *locus minoris resistentiæ*, qui constitue un point d'appel à des dégénérescences organiques irrémédiables.

Il va de soi que ces agents, dont la nocivité s'exerce dès la période secondaire de la syphilis, auront un retentissement plus redoutable encore sur l'évolution des manifestations tertiaires, dont elles pourront hâter l'apparition, multiplier et aggraver les lésions, en même temps qu'elles amoindriront ou frapperont même d'impuissance les effets du traitement curateur.

Abordons les considérations posées, maintenant l'étude de ces causes générales et locales qui aggravent la syphilis. De leur notion découleront les règles hygiéniques à édicter au syphilitique.

Une des principales est, sans contredit, l'alimentation défectueuse ou insuffisante, celle qui aboutit plus ou moins promptement à la misère physiologique et à l'anéantissement des forces. La clinique hospitalière est riche de faits de ce genre. Quand un individu souffre de la faim, on peut être quasi certain, s'il contracte la syphilis, que chez lui la maladie se traduira par des accidents graves et qu'elle aboutira promptement aux lésions du tertiarisme. Aujourd'hui le nombre des syphilitiques qui, par misère, ne prennent pas la nourriture nécessaire, est heureusement restreint. Mais, il en est beaucoup dont l'alimentation, si elle est suffisante quantitativement, pèche par la qualité. Ces malades sont victimes de fraudes alimentaires, dont la liste, déjà trop longue, n'est probablement point encore épuisée. Les liquides, alors même que l'usage en est modéré, offrent plus de dangers encore et, dans un paragraphe ultérieur, nous insisterons sur l'influence désastreuse des boissons alcooliques, exagérées ou frelatées.

C'est aux malades de la classe ouvrière, à ceux qui ne peuvent disposer que de ressources modestes qu'il importe d'adresser des recommandations relatives au régime alimentaire. Ces recommandations doivent être basées non pas seulement sur les pertes, subies quotidiennement par l'organisme, sur la nécessité d'équilibrer la recette et la dépense, mais encore sur l'état d'anémie et de débilitation organique, créé par la syphilis.

Rappelons en effet, en quelques mots, les altérations

(1) Voir page 310, n° 20.

Digitized by Google

du sang et les troubles nutritifs que l'on constate chez le syphilitique, surtout à la période secondaire.

L'hypoglobulie, déjà signalée par Grassi dans ses recherches, exécutées à l'instigation de Ricord, a été de nouveau mise en évidence par Wilbouchewitch en 1874, par Keyes en 1876 et bien plus récemment par Lezius dans sa thèse inaugurale soutenue à Dorpat en 1889.

Le premier de ces auteurs a démontré que les globules rouges diminuent rapidement de nombre dans la proportion de un quart à un onzième, tandis que les globules blancs augmentent jusqu'au chiffre de 1 pour 308 à 1 pour 473 hématies, le rapport normal étant de 1/600, de 1/700.

Keyes et Lezius sont arrivés sensiblement aux mêmes conclusions.

Des altérations hématiques semblables, d'ordre anémique, peuvent se rencontrer également à la période tertiaire.

Il est probable qu'elles reconnaissent un mécanisme différent aux diverses époques de la syphilis. Tandis qu'au début, elles dépendent, selon toute vraisemblance, de l'agent infectieux qui agit directement sur la vitalité des éléments figurés du sang ; plus tard, elles semblent liées aux altérations viscérales graves de la syphilis ancienne.

En concordance avec cet état du sang, beaucoup de sujets présentent, dès le début de la période secondaire, avant même souvent, des signes d'anémie accentuée. Il en est nombre d'autres qui maigrissent notablement, perdent leurs reliefs musculaires et concurremment leurs forces.

M. Fournier, qui a fait des recherches scientifiques rigoureuses relativement à cette déperdition des forces, a constaté, à l'aide du dynamomètre, que la puissance musculaire pouvait baisser de 15 à 25 kilogrammes.

En face de tels résultats, n'est-il pas indispensable que la nourriture soit essentiellement fortifiante et réparatrice.

Le meilleur moyen de donner à ses malades des indications précises est de connaître d'abord très exactement la quotité nécessaire à la ration d'entretien, en d'autres termes au bilan nutritif. Il importe d'abord de se rappeler que l'homme adulte perd chaque jour 20 grammes d'azote, combure 313 grammes de carbone et absorbe 30 grammes de sel.

Force est donc, à moins de dépérir, qu'il trouve dans son alimentation, cette quantité de carbone et d'azote. Aussi, depuis longtemps, les physiologistes ont-ils cherché à déterminer la ration d'entretien, nécessaire à l'homme en santé. On ne peut assurément indiquer qu'une moyenne. Il est clair que l'artisan, qui exerce ses muscles, a besoin d'une nourriture plus substantielle et plus abondante que l'homme de science. En outre, il faut tenir compte des dispositions individuelles, des idiosyncrasies. Certaines personnes, on ne sait pourquoi, ont besoin d'une alimentation plus copieuse que d'autres. Quoi qu'il en soit, la ration d'entretien doit-être, en moyenne, par jour de : un kilog. de pain, dont un quart, environ, employé dans la soupe ; de 300 gram. de viandes fraîches et de 200 gram. de légumes. Ajoutons à cela un litre de vin naturel, coupé avec une quantité d'eau variable selon les habitudes et la température.

Les chiffres, que nous indiquons ici, ne peuvent servir que de points de repère. Il est néanmoins très utile que le médecin les ait présents à l'esprit, afin de pouvoir préciser la quotité nécessaire à l'entretien de l'individu. Mais il faut savoir qu'ils constituent un minimum de nourriture chez le syphilitique qui a besoin d'un régime essentiellement fortifiant et analytique. C'est à ce malade qu'il faudra prescrire surtout les substances riches en matières azotées, les viandes rouges et noires, de préférence aux viandes blanches, des légumes féculents, si son estomac les supporte, car ils contribuent à l'engraissement, des vins généreux, des boissons d'épargne, telles que le café et le thé par exemple. Les mets doivent être modérément assaisonnés de condiments et d'épices et les heures des repas, parfaitement régulières.

Il importe en effet de ménager l'estomac des syphilitiques, de le conserver intact. Car la maladie n'est pas de celles que l'hygiène seule, si parfaite soit-elle, puisse guérir ; l'intervention médicamenteuse est indispensable. Or nul n'ignore que les préparations mercurielles prédisposent aux troubles gastriques et intestinaux : inappétence, dyspepsie, douleurs stomacales, coliques, diarrhée. Ces accidents ne seront guère à craindre si l'estomac est intact, si son fonctionnement est régulier. Aussi doit-il être l'objet d'une grande sollicitude de la part du médecin et du malade.

S'il s'agit d'un artisan, obligé de se contenter d'une cuisine à bas prix, le médecin lui enjoindra de manger la viande en nature, d'éviter les sauces, les ragoûts dont la composition est trop souvent incertaine, de boire peu de vin, nous en dirons dans un instant la raison, d'user enfin du café, aliment d'épargne, qui suppléera à l'insuffisance de sa nourriture.

A l'homme riche, aux travailleurs de l'esprit, d'autres recommandations seront nécessaires. A ceux-là le médecin interdira les aliments de haut goût, une nourriture trop abondante, des boissons trop capiteuses ; en un mot, ce qui pourrait irriter ou surmener l'estomac. Il recommandera, principalement aux hommes de cabinet, de manger à des heures régulières et de mastiquer avec soin, de prendre enfin après les repas un exercice suffisant. Que de dyspeptiques en effet doivent leur mal à la brièveté de leurs repas à l'inaction de leur corps et à la contention de leur esprit pendant la digestion.

Ces réflexions relatives à l'alimentation nous conduisent sans transition au chapitre des boissons, compléments indispensables des repas. Ici se place la question la plus importante de l'hygiène des syphilitiques. Paraphrasant trois mots, qui ont eu un grand retentissement, on est en droit de dire, en parlant des boissons fermentées prises en excès : en matière de syphilis,

Digitized by Google

« l'alcoolisme, voilà l'ennemi »; le prouver est chose facile.

Voyons en effet comment se comporte la syphilis chez les individus, entachés d'éthylisme. Il nous suffit, pour être édifié à cet égard, de résumer l'enseignement de M. Fournier et nous verrons que l'alcool, pris en excès, imprime à la maladie une gravité qui se traduit de quatre façons différentes :

1° Il exagère les manifestations cutanées, au triple point de vue :

a) De la confluence. Examinez un syphilitique atteint de syphilide papuleuse par exemple, vous le verrez, dans la plupart des cas, couvert de plaques de la tête aux pieds. Il vous semblera, en quelque sorte, zébré.

b) De la gravité. C'est principalement chez les alcooliques qu'apparaissent, dès la période secondaire, des syphilides ulcéreuses, apanage ordinaire de la période tertiaire, et qui laissent, après guérison, des cicatrices indélébiles.

c) Des caractères objectifs, de la morphologie qui revêt des apparences spéciales.

Quand il s'agit par exemple de syphilide papulo-squameuse, les squames ont souvent une abondance telle que l'éruption peut ressembler, soit à un psoriasis, soit à une herpétide exfoliatrice. En pareils cas, le diagnostic différentiel s'impose et la nature de l'éruption est souvent difficile à établir.

2° La syphilis alcoolisée est fertile en accidents continus. En dépit du traitement, les poussées se succèdent, sans répit, sans relâche et le malheureux malade ne peut enrayer les terribles effets du virus, qu'à condition de renoncer à ses habitudes désastreuses.

3° L'alcool, pris en excès, ne tarde pas à engendrer les troubles nutritifs les plus graves : les éthyliques, dont la muqueuse digestive est constamment irritée par le contact de boissons malsaines, perdent promptement l'appétit et ont des pituites matinales, premier effet fâcheux au cours d'une maladie qui, débilitant l'organisme à des degrés divers mais d'une façon constante, nécessite une alimentation essentiellement réconfortante. Les conséquences ultérieures, on les pressent ; elles ne tardent pas à se réaliser. A l'inappétence succède la dyspepsie ; la diarrhée survient tenace et rebelle, la consomption, enfin, suite fatale des troubles digestifs et de la répulsion qu'éprouvent les malades à prendre la nourriture, qui leur est cependant indispensable.

4° Enfin l'éthylisme semble prédisposer aux accidents nerveux. C'est en effet chez les alcooliques que l'on voit éclater de très bonne heure, dès la première année, du sixième au neuvième mois, la syphilis cérébrale qui, trop souvent encore, malgré le traitement, peut être mortelle ou frapper de déchéance le malheureux qu'elle atteint.

Voilà le mal ; il nous reste à l'expliquer. Nous l'essaierons, grâce à ce que nous savons aujourd'hui du mode d'évolution de l'alcool dans l'organisme.

Le mécanisme de son élimination n'est pas encore, il est vrai, nettement connu. Si l'on s'en rapporte au remarquable mémoire de MM. Ludger Lallemand, Perrin et Duroy, l'alcool serait exhalé en nature, et notons ce fait qui a une haute importance dans l'espèce, la peau serait une des voies principales de son élimination. Au contraire, Miahle, Bouchardat et Sandras admettent que ce liquide subit une véritable oxydation dans l'économie, que la plus grande partie en est brûlée et transformée en acide carbonique.

Selon Gubler ces deux théories auraient leur part de vérité. L'alcool s'éliminerait en nature, quand il est ingéré à dose excessive, quand l'économie en est saturée ; pris, au contraire, en petite quantité, il serait brûlé et l'oxydation serait d'autant plus complète que la quantité absorbée aurait été plus faible.

Quoi qu'il en soit de ces théories, il n'en est pas moins acquis que les boissons alcooliques, absorbées à petites ou fortes doses, pendant longtemps et d'une façon répétée, produisent dans la plupart des organes des altérations irrémédiables.

Il n'est pas surprenant qu'il en soit ainsi, quand nous savons, d'après Schulinus, Nothnagel et Rossbach, que ce liquide est absorbé avec avidité par le cerveau, les poumons, les reins, les muscles et le foie.

S'il ne fait que traverser l'estomac, par son contact réitéré, il ne tarde pas à irriter puis à enflammer la muqueuse. Qu'en résulte-t-il à la longue ? La disparition d'un grand nombre de glandes à pepsine, la suspension de la sécrétion du tube gastrique, et les troubles des fonctions digestives, que je signalais plus haut. Leurs conséquences, on les devine : arrêt de la nutrition, affaiblissement de l'organisme, difficulté d'absorber par la voie interne les préparations mercurielles. En de telles conditions, le poison syphilitique a beau jeu. Ne rencontrant pas d'obstacles, il pénètre dans l'intimité des tissus et y cause des ravages, dont l'étendue et la gravité ne sauraient être calculées à l'avance.

L'alcool étant absorbé par la veine porte, le foie ne tarde pas à être compromis de son côté et les lésions qui s'y développent, dont l'aboutissant est, du reste, la cirrhose ou la stéatose, aggravent encore les troubles nutritifs.

Est-il surprenant aussi que des accidents nerveux précoces et redoutables éclatent chez les syphilitiques alcoolisés ? Nullement, quand on sait que le cerveau est le réceptacle par excellence des boissons spiritueuses, qui y entretiennent un état d'hypérémie constante et constituent un locus minoris resistentiæ à l'invasion du virus.

On s'expliquera non moins aisément la confluence, la gravité, la persistance des syphilides, en se rappelant que la peau est une des voies principales de l'élimination alcoolique, ainsi qu'il résulte des remarquables recherches de Ludger-Lallemand, Perrin et Duroy. C'est surtout chez les vieillards atteints de syphilis récente que l'abus de l'alcool doit être sévèrement proscrit. Qu'il me suffise de rappeler que ce liquide est le facteur le plus puissant des altérations vasculaires, en un mot de l'artério-sclérose, par conséquent de la déchéance organique qui en est le résultat fatal.

Si encore les individus, qui abusent des spiritueux, n'ingéraient que des boissons contenant de l'alcool éthylique, c'est-à-dire de l'alcool de vin, assurément le fait

Digitized by Google

serait regrettable, nous en connaissons les conséquences.

Mais le mal est aggravé encore par l'usage de ces alcools de mauvaise qualité appelés, en considération de leur composition atomique, alcools supérieurs et qui entrent dans la préparation de la plupart des liqueurs; absinthe, vermouth et autres apéritifs, dont s'abreuvent chaque jour quantité de gens, appartenant aux divers échelons de la société.

MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé, qui ont étudié chez les animaux l'action physiologique et toxique de ces alcools, ont abouti aux conclusions suivantes:

1° Les propriétés toxiques des alcools suivent d'une façon constante leur composition atomique; plus celle-ci est élevée, plus leur action toxique est considérable, ainsi que le démontre le tableau suivant :

Dose toxique chez le chien, par kilogr. de poids du corps, après ingestion du liquide par l'estomac :

Alcools.	Ethylique ou de vin $C^2 H^6 O$.....	6 gr.
	Propylique ou d'eau-de-vie de marc $C^3 H^8 O$.....	3 gr. 13
	Butylique ou d'huile de pomme de terre $C^4 H^8 O$.....	1 gr. 74
	Amylique par distillation des pommes de terre $C^5 H^{12} O$.....	1 gr. 48

2° Le mélange de ces alcools entre eux ne détruit pas leurs matières toxiques; elles s'ajoutent au contraire les unes aux autres.

3° Les propriétés toxiques des alcools dépendent dans une certaine mesure de leur mode d'administration; l'empoisonnement est plus actif par la voie stomacale que par la voie hypodermique.

Quel que soit le mode d'administration de l'alcool, les lésions intestinales sont toujours intenses.

4° Au point de vue hygiénique, on doit repousser absolument de la consommation les alcools autres que l'éthylique et en particulier les alcools butylique et amylique.

Si les boissons spiritueuses, prises à doses immodérées, exposent à tant de dangers, provoquent des accidents si graves, il en est tout autrement quand on les ingère à doses raisonnables et que l'on use, bien entendu, de liquides non frelatés.

L'alcool avalé en petite quantité et temporairement produit une chaleur douce dans la région stomacale, en excitant toutes les sécrétions: salivaire, gastrique, pancréatique, biliaire. Il augmente la contractilité de la tunique musculeuse de l'estomac et dans ces conditions favorise le travail de la digestion. Il peut en outre suppléer dans une certaine mesure à une alimentation insuffisante..

L'alcool, en effet, est un aliment d'épargne. Binz, Edward-Smith, Ruge et d'autres ont démontré que ce liquide ralentit les phénomènes de la nutrition, diminue les combustions et les produits de desassimilation: urée et acide carbonique.

Dr Alex. Renault
Médecin de l'hôpital Pascal-Lourcine.

(*A suivre.*)

LE DIAGNOSTIC DES MALADIES

Sur le diagnostic de la rougeole

I. *Les adénopathies cervicales morbilleuses, leur signification clinique.* — II. *La broncho-pneumonie rubéolique précoce et les broncho-pneumonies rubéoliques tardives.* — III. *La durée de l'incubation et de l'invasion morbilleuse.*

I. — **Les adénopathies cervicales morbilleuses; leur signification clinique.** — Sous une forme aphoristique, on dit encore parfois, comme cela: « rarement la rougeole exerce une influence sur le système lymphatique. »

Cette opinion est excessive, il en faut rabattre.

Adénopathie trachéo-bronchique, adénites suppurées ou non, lésion des glandes lymphatiques abdominales, etc., etc., la rougeole ne possède point, après tout, cette indifférence aussi absolue à l'égard du système lymphatique. D'ailleurs, les faits cliniques sont là; par leur nombre et leur vulgarité relative, ils suffisent pour faire inscrire les adénopathies sur la liste des complications ou — l'explication variant suivant l'opinion que l'on adopte — parmi les manifestations de l'infection morbilleuse.

Au point de vue clinique, le débat ne porte plus depuis longtemps sur l'existence, mais bien sur la nature de ces adénopathies.

Parmi les auteurs, les uns, fidèles au passé, persistent à écrire les mots de diathèse scrofuleuse et de proclamer l'influence souveraine de cet état diathésique dans la pathogénie des lésions morbilleuses du système lymphatique. Le terrain étant tout et l'infection morbilleuse l'occasion, ils continuent, à l'instar de quelques-uns de nos anciens, à placer ces lésions au rang des manifestations de la scrofule; ce sont, disent-ils, des *adénopathies* survenant *dans la rougeole*; ce ne sont point des adénopathies de la rougeole.

Les autres, plus modernistes, invoquent, d'une part et un peu timidement — timidité d'ailleurs explicable — l'action directe de l'infection morbilleuse, dont les facteurs sont au reste assez mal déterminés, et, d'autre part, l'influence moins directe mais non moins puissante des infections secondaires. Donc, à leur avis, point d'état diathésique nécessaire; le rôle du terrain est plus modeste; tout à l'infection et par l'infection... Il ne s'agit plus des engorgements ganglionnaires de scrofuleux en puissance de rougeole; non, ce sont là des *adénopathies de la rougeole* par infection spécifique ou par infection secondaire, celle-là préparant celle-ci.

Ce débat serait d'un médiocre intérêt s'il consistait seulement dans un échange de mots. On pourrait dire, en effet, que la connaissance des adénopathies tardives de la rougeole est de médiocre importance pour le diagnostic de la maladie; à cette heure, l'éruption est faite et le diagnostic confirmé.

Insister sur cette objection serait de naïveté. Il en est autrement des *adénopathies cervicales morbilleuses précoces*. Depuis quelque temps on s'en aperçoit en essayant enfin de déterminer leur valeur séméiologique et leur place dans la chronologie des manifestations rubéoliques.

Digitized by Google

En 1820, — la question n'est donc pas absolument nouvelle — Montfalcon (1) les notait déjà; avant lui, le chroniqueur médical de l'épidémie de Vire, Dubosq de la Roberdière, en avait fait comme « les préludes » de la maladie.

Après eux, les témoignages d'observateurs expérimentés se multiplient sous la plume de Lombard (de Genève), Piorry, Monneret, Chaffard (*Thèse de Paris* 1846), Ragon (*Thèse de Paris* 1859)... Bref, il semble, parmi les plus récents travaux, que le Manuel de pathologie interne de M. Dieulafoy, l'autopsie pratiquée par Lazard en 1890 et les observations habilement colligées par M. Henriquez y Carvajal (2), confirment ces documents à la fois historiques et cliniques.

Je ne m'attarde pas plus longtemps; cependant un retour en arrière n'a rien d'indiscret. Il est parfois nécessaire, quant on veut éviter la critique, de découvrir une seconde fois l'Amérique.

La *symptomatologie* de ces *adénopathies cervicales précoces de la rougeole* en incubation est fort banale. Simples et passagères, elles précèdent les manifestations catarrhales. C'est dire, et cela justifie leur valeur diagnostique au début de la rougeole, qu'elles diffèrent par leur précocité des *adénopathies cervicales tardives* de la rougeole en desquammation ; ou tout au moins, des engorgements ganglionnaires, accompagnant le catarrhe oculo-nasal, bucco-pharyngien ou bronchitique dépendant d'infections secondaires et aboutissant volontiers à la suppuration.

D'ordinaire, médiocres par le volume et la douleur, elles consistent, sous le doigt explorateur du médecin dont l'attention est en éveil, dans une induration glandulaire isolée vers l'oreille, au niveau de l'angle de la mâchoire sur le côté du cou, ou bien, mais plus rarement, dans un chapelet ganglionnaire descendant vers le creux sus-claviculaire.

Que ces lésions échappent à la vigilance de l'observateur, cela s'explique ; on est dans « les préludes » de l'affection ; à cette période de l'incubation, le malade ne consulte guère le médecin. Et puis, le consulterait-il ? N'est-ce pas l'heure où on ne saurait encore se prononcer catégoriquement en l'absence des symptômes morbilleux décisifs qui sont moins précoces.

A toute règle cependant, on le dit comme cela, même en clinique, il y a des exceptions.

Au lieu d'être silencieuse, cette adénopathie peut se traduire par la douleur et le gonflement; ou bien, exagération des symptômes pouvant conduire à des erreurs de diagnostic, l'intensité du gonflement et la déformation conséquente du cou, peuvent à tort faire penser aux oreillons.

Tel le fait suivant qui m'est personnel: l'aveu d'une erreur de diagnostic a toujours son utilité. Un soldat d'infanterie de marine se présente à la visite régimentaire dont j'étais chargé pendant une période de service militaire. Il a le cou tuméfié, de la fièvre (39 degrés), un gonflement de la région sous-maxillaire, le faciès ourlien, mais aucune éruption ; il existait des cas d'oreillons dans un bataillon d'infanterie de ligne partageant le même casernement..... D'urgence, j'éloigne le malade avec la mention oreillons sur son billet d'hôpital.

C'était une erreur. Quatre jours plus tard, visitant incidemment cet homme à l'hôpital : disparition des symptômes ourliens, plus d'adénopathie cervicale. Je constate une éruption morbilleuse typique, dont l'évolution et la terminaison furent des plus classiques.

Au demeurant, quelle est la *signification diagnostique de ces adénopathies cervicales précoces de l'incubation de la rougeole* ? Celle d'un stigmate de l'infection spécifique; rien de plus, rien de moins. Il ne faut donc point lui attribuer une valeur séméiologique abusive.

On a mis les engorgements précoces des glandes lymphatiques du cou au rang des symptômes caractéristiques de la rubéole (Roth, Maton, Griffith, Desplats, Raymond, etc., etc.). Eh bien ! non : ces adénopathies cervicales sont plus banales à la période initiale des maladies infectieuses.

Au début et dans la première période des angines simples, on les a souvent signalés. On ne peut donc plus, comme naguère, les catégoriser parmi les symptômes caractéristiques de l'angine diphtéritique.

Il y a, c'est de connaissance aussi vulgaire, des adénopathies cervicales au début de la scarlatine. Enfin, bien que plus exceptionnellement, n'y en a-t-il point aussi dans la phase prééruptive de la variole ?

Tout cela établit la valeur toute relative de ce symptôme pour le diagnostic précoce de la rougeole. Soit : voilà une objection, je l'accepte ; mais j'y réponds, en ajoutant : cela démontre que ces adénopathies sont, avec la constatation des autres symptômes classiques, un moyen auxiliaire, quoique non négligeable, du diagnostic de la rougeole au début.

Sa *fréquence* est-elle grande ? M. Carvajal semble l'admettre avec son savant maître, M. Dieulafoy. Pour ma part, j'ai cherché ce symptôme dans une série de huit cas de rougeole. Six fois je l'ai trouvé, entre les troisième et cinquième jours, pendant l'éruption. Dans ces six cas, l'évolution de la maladie fut normale. Par contre, dans les deux où il fit défaut, il y eut, une fois, adénopathie cervicale droite tardive et suppurée, ayant débuté durant la desquammation, — l'enfant possédait les attributs de la diathèse dite scrofuleuse ; et, l'autre fois, angine diphtéritique par infection secondaire (1).

Je suis donc en droit de conclure à la témérité de celui qui mesurerait par avance la bénignité ou la gravité d'une rougeole à l'absence, l'existence ou l'intensité d'une adénopathie cervicale précoce. En toutes choses, même en clinique, l'avis du philosophe a du bon malgré

(1). MONTFALCON. Art. Rougeole. (*Dict. des sciences médicales*), v. p 217, 1820.

(2). LAZARD (*Thèse de Paris*, 1890) et HENRIQUEZ Y CARVAJAL : Des engorgements ganglionnaires dans la rougeole (*Thèse de Paris*, 1891).

(1) Dans cette série de huit cas de rougeole, j'ai constaté :
2 fois : l'absence de toute adénopathie cervicale précoce ;
3 fois : des engorgements sous-maxillaires (*adénopathie sous-maxillaires*) ;
2 fois : des engorgements ganglionnaires descendant vers la clavicule (*adénopathie cervicale en chapelet*).
1 fois : une induration ganglionnaire isolée sous l'oreille (*adénopathie sous-auriculaire*).

Digitized by Google

sa banalité. Inique, celui qui juge un homme par un trait unique du caractère; téméraire celui qui formule le diagnostic ou le pronostic d'une maladie d'après un seul symptôme !

II **La broncho-pneumonie rubéolique précoce et les broncho-pneumonies rubéoliques tardives.** — Sous ces réserves, on applique utilement les mêmes remarques au diagnostic et au pronostic des complications pulmonaires de la rougeole.

Il y a, on le sait, *une broncho-pneumonie morbilleuse précoce* et *des broncho-pneumonies morbilleuses tardives.*

La première est prééruptive. On en fait une forme dyspnéique de la rougeole. Le catarrhe suffocant consiste dans l'exagération du catarrhe morbilleux classique. Sa gravité, extrême d'ailleurs, résulte de la malagnité propre et intrinsèque de l'infection morbilleuse. Dès son début, la rougeole a pris, comme l'on dit, le masque d'une bronchite avec dyspnée, angoisse respiratoire, fièvre intense et faiblesse du pouls. Il semble qu'avant toute efflorescence exanthématique, le cœur est déjà pris.

Cette séméiologie et ce pronostic sont en partie différents des autres broncho-pneumonies morbilleuses. De celles-ci, les unes (*forme ordinaire*) se déclarent trois ou quatre jours après l'éruption; les autres débutent pendant ou après la desquammation (*forme tardive*). Ce sont des accidents dont la gravité dépend — la bactériologie le prouve, — d'une infection secondaire par le streptocoque, le pneumocoque ou le microcoque. Leur malignité est extrinsèque et en quelque sorte d'emprunt.

Eh bien ! circonstance favorable pour le diagnostic, voici qu'ici encore il y a correspondance entre les données microbiennes et les données cliniques.

Ces broncho-pneumonies du cours et de la fin de la rougeole s'accusent par la persistance, avec ou sans rémission passagère de la fièvre, la dépression du pouls, l'augmentation simultanée de sa fréquence, des oscillations thermiques irrégulières, la mobilité et la variabilité des signes d'auscultation.

Tout est grave, à coup sûr, dans la broncho-pneumonie morbilleuse. Il faut se méfier : on le sait, c'est l'expression vulgaire d'un fait classique. Raison majeure, ce semble, pour ne plus taxer leur diagnostic différentiel comme d'une sorte de virtuosité clinique.

Il devient donc possible, au lit du malade, d'établir un raccord, je me répète, entre les données récentes de la bactériologie et celles de l'observation traditionnelle. Dès lors, au point de vue du traitement, on distinguera entre ces *broncho-pneumonies précoces de la rougeole*, épisodes primitifs de l'infection morbilleuse spécifique contre laquelle on se trouve désarmé et les *broncho-pneumonies tardives dans la rougeole*, accidents des infections secondaires ou bien peut-être ayant une auto-intoxication buccale pour origine. Contre ces deux facteurs pathogènes on peut tout au moins lutter d'une part à l'aide de l'antisepsie, d'autre part avec l'isolement préventif du malade hors du milieu infectieux. Bien que modestes, ce sont là des moyens défensifs.

III. **La durée de l'incubation et de l'invasion morbilleuse.** — Il y aurait vanité d'insister sur l'opportunité de déterminer exactement cette durée. C'est, cependant, on le sait, un élément du diagnostic précoce de la rougeole.

Depuis que l'on s'en occupe, et il y a longtemps de cela, les auteurs n'ont pu se mettre d'accord. Les évaluations les plus récentes, et les plus exactes certainement, celle de notre ami et distingué collaborateur M. Beclère et celle de M. Sevestre, attribuent une durée de 8 à 9 jours à l'*incubation morbilleuse* et de *4 à 5 jours* à l'*invasion*. Au total, c'est un délai de 13 à 14 jours entre le moment de la *contagion* et le début de l'*éruption*.

Ces chiffres sont-ils incontestables ? Pour ma part, j'ai eu, plus d'une fois, l'occasion d'en vérifier la précision. Ce sont eux que M. Gillet, élève de M. Sevestre et collaborateur dévoué de ce journal, vient d'adopter dans un intéressant travail, dont les conclusions sont justifiées par des observations personnelles (1).

On a reproché à ces chiffres leur exactitude ; voilà un reproche que d'ordinaire on n'adresse point à des chiffres. On a dit : il y a des exceptions. MM. Leroux, Trekaki, entre autres, ont admis une incubation possible de 19, 20 et même 27 jours; mais, M. Gillet le remarque judicieusement, les cas qu'ils observaient étaient complexes : contagion morbilleuse médiate, c'est-à-dire contestable ; rougeole succédant à une scarlatine, etc., etc.

D'ailleurs, dans les *rougeoles* dites *retardées*, le retard porte toujours sur la durée de l'incubation mais jamais sur celle de l'invasion.

D'où la conduite à tenir dans un cas où le diagnostic est douteux. Un enfant tousse, a les yeux rouges, du coryza et de la fièvre. On hésite à se prononcer entre la rougeole, la grippe ou une fièvre typhoïde au début.

Que faire ? Attendre, en s'appuyant sur des données numériques, et isoler le malade douteux.

On évitera ainsi, pendant 4 ou 5 jours, une erreur de diagnostic et par surcroît, peut-être, une faute contre l'hygiène. En effet, la contagiosité de la rougeole dans sa période d'invasion, n'impose-t-elle pas au praticien conciencieux cet isolement précoce des cas suspects ?

C'est ainsi que sous une modeste apparence, cette question de la durée de l'invasion et de l'incubation morbilleuse intéresse un peu tout le monde : hygiénistes, thérapeutistes ou cliniciens.

CH. ELOY.

---

(1) BECLÈRE, *Thèse de Paris* 1882. — SEVESTRE. Sur la durée de l'incubation et de la contagion de la rougeole (*Revue mens des mal. de l'enfance*, 1886, p 262; et H. GILLET (*Annales de la policlinique de Paris*, août 1891).

Digitized by Google

REVUE CRITIQUE DE LARYNGOLOGIE

I. *Des accidents de la laryngectomie.* — II. *De l'intubation du larynx.* — III. *De la maladie de Ludwig.* — IV. *Traitement de la diphtérie pharyngée par la galvano-caustique.*

I. **Des accidents de la laryngectomie.** — M. Bardenheuer a fait récemment la laryngectomie chez cinq malades : quatre ont succombé. La mort a été causée principalement par une inflammation septique. Celle-ci a eu pour point de départ la cavité située entre la trachée et les muscles voisins. On se rend facilement compte de la cause de ces accidents septiques. En effet, il est difficile de combler complètement les anfractuosités de la plaie et il est impossible de s'opposer à la pénétration des sécrétions buccales qui, même à l'état normal, sont, comme on le sait, extrêmement riches en bactéries.

On pourrait peut-être lutter contre les accidents septiques produits par la salive en instituant une antisepsie aussi complète que possible de la cavité buccale. Bardenheuer insiste sur le traitement consécutif qui, dit-il, lui a permis d'avoir quatre guérisons chez quatre malades opérés de laryngectomie partielle ou totale. Il couche le malade de façon que la tête soit dans l'extension complète, le moignon trachéal occupant le point le plus élevé de la cavité résultant de l'extirpation du larynx.

Il s'efforce en outre d'interposer une cloison entre la plaie et la cavité buccale. Pour atteindre ce but, il fait en sorte de ménager la paroi antérieure de l'œsophage et la muqueuse sous-épiglottique. Une fois l'opération terminée, il suture les bords de la muqueuse au-dessous de l'épiglotte avec ceux de la paroi antérieure de l'œsophage. Cette précaution lui permet de nourrir ses malades sans l'aide de la sonde œsophagienne.

II. **De l'intubation du larynx.** — M. Rosenberg (de Berlin) est un partisan convaincu de l'intubation du larynx. Schwalbe, tout en reconnaissant certains avantages à cette opération, lui adressait plusieurs reproches très sérieux. D'après lui, les inconvénients du tubage sont : 1° les difficultés et les dangers du traitement consécutif ; 2° les difficultés de l'alimentation ; 3° la fréquence de la nécrose des tissus, par suite de la pression exercée par le tube ; 4° la nécessité pour le malade d'avoir toujours par la suite le médecin sous la main ; 5° enfin la possibilité d'accidents funestes qui, en l'absence du médecin, peuvent amener rapidement la mort. Enfin le tubage donna, dans le service de Hahn, des résultats si peu satisfaisants qu'on fut obligé d'y renoncer.

Rosenberg, qui est partisan du tubage, dresse à son tour un véritable réquisitoire contre la trachéotomie. D'après lui, celle-ci expose les malades à l'érysipèle et à la diphtérie de la plaie. De plus elle peut donner naissance à ces granulations susceptibles d'oblitérer ou tout au moins de diminuer le calibre de la trachée. Contrairement à Schwalbe, il affirme que l'alimentation des malades est facile, si on prend la précaution de conseiller aux opérés d'avaler la tête fortement inclinée en avant. Jamais Rosenberg n'a constaté de pneumonie consécutive à la pénétration d'aliments dans les voies respiratoires, chez les malades à qui on a pratiqué le tubage.

Le tube aurait, en outre, l'avantage de faciliter, par sa présence, l'expulsion des mucosités et on évite aisément le danger de son expulsion en disposant sur le côté le fil qui le maintient en place. Rosenberg reconnaît que le tube peut produire des ulcérations de la trachée au niveau de son bord inférieur. Mais cet accident tiendrait à un manuel opératoire défectueux ou à une mauvaise construction du tube dont les bords seraient coupants. Rosenberg recommande de changer tous les jours le tube, dont on aura soin de faire varier la longueur, de façon à éviter le frottement sur le même point de la trachée

Le chirurgien allemand déclare cependant qu'il ne veut pas remplacer la trachéotomie par le tubage dans tous les cas. L'intubation est surtout applicable dans les cas de croup secondaire, alors que la trachéotomie donne des résultats peu favorables. De plus, le tubage est précieux quand il faut rétablir très promptement le calibre de la trachée : par exemple chez les malades atteints de tumeur comprimant le larynx.

Lefferts a démontré l'utilité incontestable de l'intubation du larynx dans les cas de sténose chronique de cet organe, sténose qui, d'après lui, serait le plus souvent d'origine syphilitique. Chez ces malades, le tubage doit être recommandé car, avec lui, on réussit à substituer la forme régulière des tubes aux irrégularités du larynx et de la partie supérieure de la trachée. Ce résultat est obtenu par suite de la pression continue exercée par le tube sur les parois laryngo-trachéales. Chez les malades dont parle Lefferts, l'opération est rendue plus facile par suite de la moindre sensibilité de la muqueuse laryngée et de l'âge du malade.

En effet on a affaire à des adultes qui se prêtent mieux que les enfants aux manœuvres opératoires. La seule difficulté qu'on rencontre est celle d'atteindre l'épiglotte avec le doigt. Aussi doit-on engager le malade à pousser, au moment de l'opération, un son aussi aigu que possible ; il faut en outre tirer fortemen la langue en avant. En même temps l'opérateur, avec l'index gauche, refoulera vigoureusement en arrière la commissure labiale du côté droit.

III. **De la maladie de Ludwig.** — Sous le nom d'angine ou de maladie de Ludwig, de cynanche maligne, on a décrit une infiltration inflammatoire du plancher de la bouche, du tissu cellulaire sous-jacent et de la région supérieure latérale et moyenne du cou. Le point de départ de la maladie est une inflammation de la glande sous-maxillaire et du tissu cellulaire qui l'entoure.

M. Schiffers (de Liège) vient de donner une description de cette maladie qu'il importe de connaître, car son pronostic peut être très sérieux. Dans un grand nombre de cas, il est impossible de retrouver la cause première de l'affection. Parfois on a noté un refroidissement, une contusion de la mâchoire ou du plancher buccal. Assez souvent, l'angine de Ludwig est consécutive à une maladie infectieuse (rougeole, fièvre typhoïde, diphtérie). Elle peut encore s'observer à la suite des angines phlegmoneuses, gangréneuses et diphtéritiques ; elle peut enfin être consécutive à une périostite du maxillaire inférieur.

D'après ce que nous savons du rôle joué par les microbes contenus dans la salive, on est en droit d'admettre que, dans les cas qu'on a considérés jusqu'à présent comme se produisant spontanément, il s'agit d'un transport de streptocoques ou de staphylocoques. Enfin la maladie de Ludwig s'est montrée quelquefois à l'état épidémique.

L'angine de Ludwig débute parfois très brusquement. On constate que la région d'une des glandes sous-maxilaires est gonflée, douloureuse et indurée. Cette tumé-

Digitized by Google

faction est visible du côté de la peau qui conserve sa coloration normale et facile à constater avec le doigt du côté de la bouche. La tuméfaction s'étend assez rapidement jusqu'au sternum; dans certains cas jusqu'à l'os hyoïde, tout au moins. Le malade ne peut plus ouvrir la bouche et la tuméfaction est assez considérable pour entraver la déglutition et pour refouler la langue vers la voûte palatine.

Puis, si la maladie continue à évoluer, on peut observer un œdème de la mnqueuse laryngée et de la compression des voies aériennes supérieures et des gros vaisseaux cervicaux Le malade peut, par suite, avoir des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, des syncopes. Si la maladie dure quelque temps, on observe même des thromboses dans les jugulaires.

En même temps on constate des troubles gastriques. Quant à la fièvre, parfois très faible ou même nulle au début, elle est, dans la suite, proportionnelle à l'étendue et à la gravité de la maladie, En palpant la région malade on trouve une tumeur dure, résistante, devenant peu à peu douloureuse et dont le siège est un peu en avant et en dedans de l'angle du maxillaire inférieur. Dans les cas heureux, cette tumeur peut se terminer par résolution. Mais, chez la plupart des malades, il se forme des abcès qui peuvent s'ouvrir au niveau de la peau ou dans la bouche et qui donnent issue à un pus épais, souvent fétide et dans lequel il est facile de reconnaître des débris de tissus. Souvent les trajets par lesquels le pus s'est fait jour deviennent fistuleux et il peut se former des cicatrices assez étendues pour gêner les mouvements du cou.

La mort peut survenir par grangrène de la peau suivie d'infection purulente ou par asphyxie si le larynx subit une forte compression ou s'il y a de l'œdème de la glotte. Cependant, même dans les cas graves, on a vu la guérison survenir après la période de suppuration.

Si on est appelé au début de la maladie, il faut recourir au traitement antiphlogistique : glace sur la partie malade et à l'intérieur, sangsues. Ce traitement est moins indiqué quand l'angine de Ludwig se déclare chez un individu atteint d'une maladie infectieuse. Il faut, dans tous les cas, recourir à l'antisepsie. Schiffers conseille les injections parenchymateuses d'une solution d'acide phénique à 2 0/0. Inutile de dire qu'on soutiendra les forces du malade par les moyens ordinaires.

Dès qu'on constate la fluctuation, on incise la peau puis, avec la sonde cannelée, on sépare le tissu aponévrotique derrière lequel se trouve le pus accumulé. L'opération peut être rendue très difficile par suite de l'infiltration des tissus du cou.

Quand la maladie est consécutive à une périostite du maxillaire inférieur et limitée à un seul côté, elle a une tendance à prendre une marche chronique. La tuméfaction est généralement peu prononcée. Dans ce cas, on peut recourir aux pommades résolutives. Mais je crois qu'il vaudrait mieux, si la maladie menaçait d'avoir une durée trop longue, s'attaquer à la source du mal.

IV. **Traitement de la diphtérie pharyngée par la galvano-caustique.** — M. Hagedorn part du principe que la diphtérie est, au début, une affection locale due au dépôt, dans les voies aériennes supérieures, de bacilles spécifiques. Si donc, dit cet auteur, on peut détruire ces bacilles dès qu'ils apparaissent, on doit guérir le malade. Pour arriver à ce but, Hagedorn a recours au galvanocautère. Il fait d'abord l'anesthésie locale à l'aide de la cocaïne. Si l'enfant est trop indocile, on a recours au chloroforme.

Ce traitement n'est indiqué que dans la diphtérie des amygdales, du voile du palais et de la paroi postérieure et supérieure du pharynx. Si la maladie siège dans l'arrière-cavité des fosses nasales ou dans le larynx, on ne peut y avoir recours. Mais je ferai remarquer que, en admettant que le traitement de Hagedorn soit efficace, il faut, pour qu'il réussisse, faire le diagnostic de très bonne heure et c'est précisément là la grande difficulté qu'on rencontre dans la pratique. Il est facile de dire que, si le médecin a affaire à une angine pultacée, le traitement par la galvano-caustique n'offre pas de danger.

Potiquet dit même qu'une erreur semblable est de peu de conséquence et qu'il vaut mieux s'exposer à porter de temps à autre le galvano-cautère sur une angine simple que de temporiser pour asseoir un diagnostic précis et que de laisser à une diphtérie possible le temps d'envahir un terrain qu'on aurait rendu réfractaire par une cautérisation faite au début. C'est trancher bien délibérément une question sur laquelle on est encore loin d'être fixé. Tant que nous n'aurons pas d'observations nombreuses et précises démontrant l'efficacité du procédé de Hagedorn, nous aurons de la peine à y recourir à l'exclusion de toute autre thérapeutique.

F. Roux.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

OBSTÉTRIQUE

Traitement de l'éclampsie par le calomel à hautes doses par M. J Smits. — La malade, âgée de 19 ans, était atteinte de convulsions et, dans le coma, urines albumineuses ayant une densité de 1,012, céphalalgie, stertor de la respiration; quelques gouttes d'urine seulement, peau sèche; on essaya la pilocarpine sans succès. Le chloroforme et la morphine étaient contre-indiqués en raison de l'irrégularité des battements cardiaques et de la petitesse du pouls (*Der Frauenarzt*, septembre 1891).

M. Smits se décida à prescrire un purgatif énergique : le calomel à la dose extrêmement élevée de 400 milligrammes. Il obtient vingt selles dans lesquelles le microscope fait reconnaître des cristaux d'acide urique. Les convulsions cessent, la malade sort du coma et accouche six jours plus tard d'un fœtus macéré. Elle guérit.

Evidemment, c'est là une médication qui, si elle paraît héroique, sera toujours exceptionnelle. S. R.

THÉRAPEUTIQUE

Des résultats de l'emploi thérapeutique de la résorcine, par M. Menche. — C'est après une expérience de neuf années que M. Menche formule les conclusions suivantes (*Central f. Klin. Med.*, 21, 1891).

Contre la *diarrhée infantile*, il prescrit la solution de résorcine au trois ou au cinq centièmes, à raison d'une cuillerée à café de deux en deux heures.

C'est, écrit-il, un bon antiseptique dans la *dilatation* et le *cancer de l'estomac*; mais il est contre-indiqué dans les cas d'*ulcère rond*. Enfin, il a paru utile parfois contre les vomissements du mal de mer, de la grossesse, de la péritonite et après la chloroformisation. Il importe que la résorcine soit pure pour être bien tolérée.

M. Menche conseille les préparations suivantes :

Solution de résorcine à 3 ou 5 pour cent.	80 grammes
Teinture thébaïque.....	0.05 centigr.
Teinture amère.....	1 gramme
Sirop simple.....	20 grammes

Digitized by Google

Dose : Une cuillerée à café de deux en deux heures, contre le catarrhe gastro-intestinal aigu des enfants.

Autre formule plus simple :

Résorcine	2	grammes
Eau	180	—
Teinture amère	10	—

Dose : une grande cuillerée toutes les deux ou quatre heures.

Ou bien, pour l'antisepsie gastrique :

Acide chlorhydrique pur	ãã 2	grammes
Résorcine		
Eau	180	—
Sirop d'écorces d'orange	20	—

Ou bien :

Infusion de rhubarbe (à 6 à 8 gr.)	180	grammes
Résorcine	2	—
Bicarbonate de soude	8	—
Oleo-saccharure de menthe poivrée	10	—

F. s. a. une potion. Mêmes doses.

Ou encore :

Décoction de condurango (à 15 gr.)	180	grammes
Résorcine	3	—

Mêmes doses.

M. M. Menche a prescrit utilement aussi les cachets de résorcine à vingt, vingt-cinq et cinquante centigrammes. S. R.

Le bromure d'éthylène contre l'épilepsie, par M. Donath. — Ce liquide, en sa qualité de composé organique du brome, aurait l'efficacité des bromures alcalins contre l'épilepsie sans en posséder les inconvénients. Dans une série de cas où l'auteur en a fait usage, les attaques devinrent plus rares et moins violentes (*Thérap. monat.* 1891, n° 6, p. 335).

Comment l'administrer? Insoluble dans l'alcool, il forme avec les huiles une combinaison cristallisable. Ces propriétés sont celles dont M. Donath a tenu compte en proposant les préparations suivantes :

Bromure d'éthylène	5	parties
Emulsion d'oléo-saccharure	50	—
Essence de menthe	I	goutte

Dose, chez les adultes : XXX à XL gouttes trois fois par jour et X gouttes chez les enfants. On véhicule cette dose dans un quart de verrée d'eau.

S'il y a des nausées, des vomissements et de l'intolérance stomacale, prendre quelques gouttes de laudanum ou d'élixir parégorique.

M. Donath a prescrit le bromure d'éthylène en capsules contenant chacune III gouttes de bromure d'éthylène émulsionné avec VI gouttes d'essence d'amandes douces.

On peut encore véhiculer dans le lait la teinture de bromure d'éthylène ainsi préparée :

Bromure d'éthylène	ãã 5	parties
Alcool à 45°		
Essence de menthe	II	gouttes

Dose : V à XV gouttes, deux à trois fois par jour, dans un quart ou une demi-verrée de lait. S. N.

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

MÉDECINE

Traitements de la fièvre typhoïde

par M. le Dr F. Coutenot (1)

Professeur de clinique interne à l'Ecole de médecine de Besançon

Médications antiseptiques. — L'antisepsie générale n'étant encore qu'à l'état d'ébauche, force nous reste de nous rejeter sur l'antisepsie locale. Pour la fièvre typhoïde nous connaissons le foyer d'élaboration des éléments morbides, c'est l'intestin ; le problème thérapeutique se résume donc en une antisepsie intestinale pratiquée à temps, avant la résorption des produits d'intoxication, et, s'il est possible, avant les infiltrations interstitielles de ces innombrables agents dans la muqueuse, les ganglions, la rate, le sang même, et avant les ulcérations qui ouvrent une si large voie à ces si nombreux et divers microbes. Il nous faut donc pour cela trouver un agent exerçant le maximum d'action toxique sur les microbes et le minimum d'action pertubatrice sur les cellules de l'organisme humain. Il faut de plus que les vrais antiseptiques intestinaux, tout en s'opposant à l'évolution des micro-germes, ou en les fixant, soient capables de diminuer la toxicité des matières fécales et des urines, et qu'ils entravent la formation et la résorption de ces produits dangereux, source aussi d'accidents d'empoisonnement.

Les moyens antiseptiques les plus recommandables sont, jusqu'ici : le sulfate de quinine, les préparations mercurielles, les préparations salicylées et phéniquées, le charbon, l'iodoforme, les naphtols.

Technique de l'antisepsie intestinale.—A. Maladie confirmée ; les purgatifs (sels, calomel) ont préalablement chassé une partie des matières intestinales ; c'est le moment de l'antisepsie.

Naphtol.

Dans le cas diarrhée de moyenne intensité :

Pr. Naphtol B, 2 à 5 gr. en dix paquets.

Un chaque heure ou chaque deux heures.

Diarrhée abondante :

Pr. Naphtol B } ãã 2 gr.
Salicylate de bismuth }

en dix paquets, à prendre en vingt-quatre heures.

Constipation :

Pr. Naphtol B } ãã 2 à 3 gr.
Salicylate de magnésie }

en dix paquets, à prendre en vingt quatre heures.

Tous les trois ou quatre jours, renouveler 15 gr. purgatif salin.

Tous les jours ou deux jours, demi-lavement froid phéniqué à 20 ou 25 cent.

Le *salol* peut remplacer le naphtol, 3 à 4 gr. en vingt-quatre heures.

Calomel. 40 cent. en vingt doses pour vingt-quatre heures. *Frictions mercurielles* sur l'abdomen, 15 à 16 gr. pendant huit à dix jours ou jusqu'à salivation. (Sorlet, Becquerel.)

Pr. *charbon iodoformé*	100	gr.
Glycérine neutre	180	gr.

une cuillerée à bouche dans un demi-verre de boisson, toutes les heures. (Bouchard.)

Préparation du charbon iodoformé :

Pr. iodoforme, 60 cent. ; éther sulfurique, 130 gr. ; charbon végétal, 100 gr. ; faire évaporer.

Traitement par les bains froids. — Les principales *indications* sont : sujet jeune, fort ; le début ou avant le douzième jour ; continuité de la fièvre, température élevée (39° à 40° et plus) : tracé en plateau ; phénomènes nerveux ; ataxie ou adynamie commencée ; acceptation facile du sujet ; assurance d'une coopération soutenue ; la saison d'été ; la pratique à domicile.

(1) Suite. Voir : n° 42, p. 662.

Digitized by Google

Le bain froid constitue une suprême ressource pour un suprême danger. Comme pour le rhumatisme cérébral, la scarlatine, la rougeole, la pneumonie adynamique, son action antithermique, stimulante, décongestive et diurétique peuvent sauver un moribond.

Les *contre-indications* sont : débuter au quinzième ou vingtième jour; la menstruation à moins d'épistaxis utérine ; l'hémorrhagie intestinale, la diarrhée incoercible; les sueurs abondantes; la bronchotyphose avec râles crépitants nombreux (les malades toussent dans le bain par effet réflexe et ne toussent pas après); la pneumonie (comment la distinguer de l'hypostase qui n'est pas une contre-indication?); les complications cardiaques ; l'impulsion faible et le pouls petit avec tendance à la syncope ; la néphrite organique (ne pas confondre avec le simple dérangement fonctionnel) ; la grande faiblesse ou l'épuisement des forces (combien est délicate la distinction entre la dépression et l'oppression des forces?); la répugnance irrésistible ou la terreur du sujet; la polysarcie suivant M. Boudet.

On pourra s'étonner que nous n'apportions point ici les preuves tirées *de la statistique*, nous en dirons quelque chose cependant. On sait le peu de confiance qu'elle nous inspire pour les faits morbides particuliers; peut-elle sérieusement comparer des affections qui, en réalité, ne sont pas comparables et varient selon les individus, les temps et mille circonstances ? Il est des années où toutes les fièvres sont manifestement bénignes, et guérissent sans accident. Ne serait-ce pas un peu le cas du Dr Juhel-Renoy, enthousiaste de la méthode balnéaire, ses expériences ayant été si favorables? (1) Il en est qui nous donnent des chiffres tellement bas pour les décès, 4 0/0, que l'on est toujours tenté de se demander si l'on n'a pas pris et traité pour de la fièvre typhoïde des cas d'embarras gastrique, de fièvre éphémère, etc., bien faits pour embellir les statistiques les plus sombres. Maurice Raynaud a été un des premiers et rares médecins qui aient adopté le traitement de Brandt et qui lui aient reconnu de la supériorité. La mortalité, dans son service de 1873, était de 26 0/0; elle descendit en 1874 à 18 0/0; les temps n'étaient-ils points changés (1)?

Physiologiquement, dans l'emploi du bain froid, on peut constater plusieurs périodes: une première de *concentration*, pendant laquelle le malade est frappé de saisissement et même d'angoisse avec dyspnée, obtusion de la sensibilité générale et grande fréquence du pouls : deux ou trois minutes après, une seconde période d'*équilibre* qui procure au malade une sensation de bien-être, suivie de suite de celle d'*algidité* avec frisson, dyspnée, céphalalgie, anxiété. Le malade est sorti du bain, une *réaction* nécessaire s'établit, elle doit être bien conduite et prudemment surveillée.

Pratiquement, l'opération est difficile, dispendieuse et périlleuse par les soins continus qu'elle exige, on ne peut la confier au premier venu. Les médecins, les internes, les gardes, doivent être rivés au malade, puisque la moindre négligence peut être préjudiciable; comme le dit M. Ferréol, « la vie du malade est à ce prix. »

Nous avons eu, M. le Dr Bruchon et moi, la bonne fortune de suivre une de nos malades livrée à M. Glénard et traitée par lui en personne. En témoins consciencieux, nous avons pu admirer sa conviction ferme en sa méthode, sa sincérité et sa ténacité, en même temps que l'heureuse terminaison. Nous reportons une part de notre admiration et du succès à cette famille dont la balnéation froide, pratiquée par elle seule, toutes les trois heures environ et pendant plus de quarante jours, n'a pu ébranler ni la foi ni la constance.

Technique des bains froids. — Appliquer *soi-même* le bain froid ou le voir appliquer conformément et strictement suivant les préceptes.

La *baignoire* placée parallèlement au lit, de façon que le malade n'ait que deux à trois pas pour s'y rendre ou y être porté; le corps baignera jusqu'au cou.

Le *premier bain* de 25° à 30°, les autres descendront à 20° et même 18°.

Pendant la durée du bain, *affusion* sur la tête avec deux à quatre litres d'eau de 8° à 12°, affusion répétée deux ou trois fois.

Pendant le bain, *frictions* sur tout le corps avec une éponge, une brosse douce et mieux la main, le malade s'aidant en se frictionnant la partie antérieure du tronc.

De temps en temps, interrompre la friction et faire boire une *gorgée d'eau fraîche*.

Le *frisson* se déclare environ vers les huit ou dix minutes, on attend deux à cinq minutes et on sort le malade du bain, qui, ainsi, a duré environ douze à quinze minutes.

Un peignoir est jeté sur le malade qui, séché légèrement et rapidement, sera mis au lit.

Le *lit* sera dur, composé de matelas, traversin, deux draps et couverture de laine ; les pieds et les jambes seront enveloppés d'une laine et une bouteille d'eau chaude déposée aux pieds.

Dans l'intervalle des bains, *compresses froides* sur le front et sur le ventre.

Cinq minutes après le bain, un petit verre de *rhum* ou de *vin généreux* ; vingt-cinq minutes après, un quart de litre de bouillon, potage léger, lait. café, chocolat, plus un tiers de petit verre de rhum ou malaga.

Le bain sera renouvelé toutes les trois heures, jour et nuit ; la température sera prise cinq minutes avant le bain et vingt-cinq minutes après. Le bain ne serait différé que si la température restait à 38°.

Les bains seront continués pendant dix à vingt jours et plus et ne seront cessés qu'à une température de 38° continue ; alors alimentation au lait de poule et même à la viande râpée crue. Puis, cinq à six jours après, aliments solides permis, et même le lever.

S'il survient de la constipation, lavement froid d'un demi-litre d'eau à 20° une demi-heure avant le bain de trois à quatre heures du soir; si c'est insuffisant, ajouter à l'eau une cuillerée à bouche de vinaigre.

Avoir sous la main, pour le cas d'une nécessité (syncope, collapsus), une seringue de Pravaz pour injection sous-cutanée d'éther ; on étendrait alors le malade dans le lit, la tête basse, et on la frictionnerait énergiquement.

(A suivre.)

(1) Voir: Société médicale des hôpitaux (*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1889-1890).

Digitized by Google

FORMULAIRE DU PRATICIEN

DERMATOLOGIE

I. **Un traitement de la gale.** — Il convient surtout dans la clientèle et non à l'hôpital. En voici la technique :

1° Lotions savonneuses, sur la totalité du corps, pendant quinze à vingt minutes ;

2° Immédiatement après, bain tiède, savonneux, dans lequel, suivant la recommandation de M. Besnier, on continue les frictions ;

3° Application, avec la brosse ou par frictions, de la pommade de Bourguignon légèrement modifiée dans sa formule originale, par la suppression de l'essence de menthe et la diminution de la dose de soufre (Quinquaud) :

Essence de lavande, de girofle et de cannelle.....	àà	2 grammes
Gomme adragante		4 —
Carbonate de potasse.....		30 —
Fleur de soufre.....		80 —
Glycérine.....		180 —

M. s. a.

Laisser cette pommade en contact avec la peau pendant vingt-quatre heures, durant lesquelles le galeux revêt du linge propre et fait procéder à la désinfection de ses hardes.

4° Bain de propreté.

Dans le cas d'*éruptions cutanées* ou chez *les enfants à la mamelle*, remplacer la pommade de Bourguignon par les préparations au styrax (formules de Brocq) :

Huile de camomille camphrée.	100 grammes
Baume styrax pur.....	20 —
Essence de menthe.....	5 —

F. s. a.

Ou bien, préparation moins irritante encore :

Huile d'olives	60 grammes
Onguent styrax.....	25 —
Baume du Pérou	5 —

F. s. a.

Ou bien (formules de Quinquaud) :

P.	Vaseline.....	100 grammes
	Onguent styrax.....	20 —

F. s. a.

Ou, préparation plus mitigée :

Vaseline.....	100 grammes
Baume du Pérou.....	5 —

Ou encore, dans la *gale des nourrissons* :

P.	Huile de camomille.....	100 grammes
	Onguent styrax pur.....	20 —
	Essence de menthe.....	5 —

F. s. a.

Chez les *femmes enceintes* (formule de E. Besnier) :

Naphtol B.....	5 à 10 grammes
Ether sulfurique.....	q. s. pour dissoudre
Vaseline.....	100 grammes
Essence de menthe....	q. s.

F. s. a.

En frictions quotidiennes, durant une semaine, et en prenant un bain amidonné tous les deux jours.

MALADIES DES ENFANTS

II. **Un traitement de la broncho-pneumonie de la rougeole.** — Dans cette complication de la rougeole, M. Sevestre a employé la médication suivante :

1° Proscrire tout ce qui peut affaiblir le malade ; point de vomitifs, stimulation par les injections sous-cutanées d'éther et de caféine ;

2° Bains tièdes de 32° à 34°, ou froids au besoin ;

3° Comme révulsifs : bains sinapisés, ventouses sèches, vésicatoires, mais exceptionnellement et avec les précautions de la plus sévère antisepsie ;

4° Comme expectorants : associer le kermès au benzoate de soude :

Kermès.....	0 gr. 05
Benzoate de soude....	0 gr. 50 à 1 gr.
Eau de laurier-cerise.	3 grammes
Julep gommeux.....	100 —

F. s. a. Une cuillerée à cafe toutes les deux heures.

MÉDECINE

III. **Technique de l'antisepsie buccale et nasale dans les fièvres éruptives.** — Les précautions de minutieuse propreté dans la rougeole, la variole et la scarlatine sont complétées avantageusement par les pansements suivants :

La *cavité buccale* sera détergée chaque jour, et, de plus, après chaque repas, au moyen d'*irrigations abondantes* et *chaudes*, avec les liquides suivants :

Acide borique.....	30 grammes
Eau chaude.....	1000 —

Ou :

Salol.....	1 gramme
Alcool.....	40 grammes
Eau chaude	1000 —

F. s, a. et mélanger à l'eau la solution alcoolique de salol, au moment seulement de l'emploi.

On pratiquera le *nettoyage des dents*, sur toutes leurs faces accessibles, au moyen d'une brosse bien aseptique et imbibée de teinture de quillaja saponica, succédané du savon dont elle ne possède pas la saveur désagréable et ensuite par des lavages avec une solution bactéricide de thymol aux deux ou trois millièmes, ou bien avec la teinture composée analogue à celle de Miller :

Acide thymique.....	0 gr. 50
Acide benzoïque.....	5 grammes
Teinture d'eucalyptus.....	50 —
Alcool.....	180 —
Essence de menthe.....	1 —

Dose : une à deux cuillerées à café pour une verrée d'eau tiède.

Les *fosses nasales* seront désinfectées par des *irrigations* semblables ; de plus, maintenir les *narines* aseptiques par des badigeonnages ou des onctions avec des topiques suivants :

Glycérine.....	30 grammes
Acide borique	3 —

En badigeonnages.

Ou bien :

Salol.....	3 grammes
Vaseline.....	30 —

En onctions.

N. D.

Digitized by Google

CORRESPONDANCE DES DÉPARTEMENTS

Les injections de gaïacol dans la tuberculose.

Joigny, 15 octobre 1891.

J'ai fait souvent, dans la tuberculose au début, des injections hypodermiques de gaïacol iodoformé, et je m'en suis trouvé toujours bien au point de vue de l'amélioration des malades, qui eux-mêmes se trouvaient mieux et voyaient leur toux s'arrêter et leur expectoration changer de nature et même disparaître. Malheureusement, il est bien évident que, si ces injections améliorent le tuberculeux, elles ne guérissent pas le principe de la maladie.

Ce qui, pour moi, fait leur plus grand avantage, c'est qu'elles permettent à l'estomac du malade de conserver toute son intégrité.

L'iodoforme et la créosote sont deux médicaments que les malades tolèrent très difficilement ; même avec les meilleures préparations, l'estomac se refuse très promptement à leur absorption.

La voie hypodermique du traitement par ses produits antiseptiques et modificateurs des muqueuses, a donc au moins l'avantage de permettre au malade de ne mettre dans son estomac que des principes nutritifs, des boissons fortifiantes et des vins généreux qui ne peuvent nuire aux fonctions digestives.

J'ai toujours trouvé une grande tolérance des malades pour ces injections qui ne laissent aucune trace après elles et paraissent —(faites avec soin et antisepsie) — n'influencer que très peu la partie de l'épiderme et du derme qu'elles traversent : Il y a même des zones, comme à la nuque ou au niveau des crêtes iliaques, où le malade ne les sent pas : il me paraît donc inutile d'y ajouter la cocaïne.

Voilà, pour moi, quels sont les réels avantages de cette médication hypodermique : elles permettent au médicament d'aller plus vite et plus directement sur les parties malades et laissent à l'estomac toute sa vigueur pour lutter par l'alimentation contre un principe nocif que, malheureusement, on n'est pas encore arrivé à détruire.

Dr Grenet fils.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES FRANÇAISES

Bordeaux. **Société de médecine et de chirurgie** (28 juillet 1891) : *Le traitement du diabète par l'antipyrine.* — Grenoble. **Société de médecine de l'Isère** (10 juillet 1891) : II. *Un signe peu connu de syphilis congénitale.* — III. *Parotidite et pneumonie double.*

I. **Le traitement du diabète par l'antipyrine.** — Cette question a été traitée à cette place, il y a trois ans ; (1) M. Pousson confirme donc les résultats signalés pour la première fois à l'étranger, par Gonner; en France, par MM. Huchard et Eloy, à cette époque, et plus tard par M. G. Séa.

De ses observations, M. Pousson, en rapporte quatre seulement.

La première est celle d'un glycosurique avec ulcérations diabétiques du prépuce et urinant 195 grammes de sucre par jour. Prescription : trois cachets d'antipyrine de cinquante centigrammes chaque jour. Topiques boriqués sur l'ulcération. Après un traitement de quinze jours, guérison de cette dernière : 15 grammes de sucre seulement dans les urines.

Le deuxième malade présentait de semblables diabétides et urinait 80 grammes de sucre quotidiennement. Deux grammes d'antipyrine par jour : après deux semaines cette quantité est réduite à huit grammes.

Chez le troisième malade, l'antipyrine réduisit le sucre urineux de 120 à 20 grammes. Chez le quatrième malade, névropathe dyspeptique, urinant 8 grammes de sucre par jour, l'antipyrine fit disparaître totalement le sucre.

Il faut ajouter que le régime de ces malades était sévère : alimentation azotée, alcalins.

M. Armaignac, qui n'a pas obtenu des résultats aussi favorables dans les cas de cataracte diabétique, s'en remet à des essais ultérieurs pour se prononcer. Mêmes réserves de la part de M. Arnozan.

Toutefois, ajoute M. Saint-Philippe, il faudrait, avant de juger de la valeur définitive de cette médication, établir quelles sont les variétés du diabète auxquelles elle convient. Dans un cas d'évolution lente et à glycosurie modérée, il a obtenu un succès. Dans un autre, à forme grave et rapide, il a enregistré un échec. Bref, c'est une question d'indication thérapeutique.

M. Muselli, lui aussi, a donné la note juste dans cette discussion en disant qu'à côté du traitement hygiénique il faut placer le traitement médicamenteux. L'un va nécessairement avec l'autre. Seulement c'est la variété pathogénique de la maladie qui commande le choix de tel ou tel médicament. Ainsi s'expliquent les succès obtenus par la quinine, le bromure de potassium et l'antipyrine dans la médication du diabète nerveux.

II. **Un signe peu connu de syphilis congénitale.** Il s'agit de l'obstruction totale des narines. M. Nicolas en a observé un cas dont le diagnostic était d'autant plus malaisé que les parents semblaient en apparence exempts de tout accident spécifique.

Vers le sixième jour après la naissance, on constata un pemphigus plantaire d'emblée purulent. Un peu plus tard éruption scrotale, d'abord papuleuse, puis papulo-ulcéreuse. Les testicules étaient volumineux et pendants. (Signe de Hutinel)

A ces symptômes déjà probants de syphilis sont venus se joindre un coryza rebelle avec suppuration et croûtes, des fissures aux lèvres, fissures médianes et commissurales, puis des convulsions. L'enfant était nourri au sein par sa mère et tétait relativement bien, malgré l'étroitesse des narines.

Le rétrécissement des narines a constitué, en ce cas, le phénomène le plus remarquable, celle de droite était obstruée complètement par une sorte de diaphragme charnu infundibuliforme très apparent. A gauche, le fond de l'infundibulum présentait un très petit pertuis.

Un traitement par la liqueur de Van Swieten institué au moment où apparurent les convulsions eut rapidement raison de tous les accidents, mais les narines restaient obstruées. Une incision au bistouri et l'emploi quotidien de tiges de gentiane purent rétablir un orifice suffisant, et aujourd'hui, après deux mois, l'enfant est bien portant, bien qu'il ait eu à souffrir au point de vue de son alimentation du fait d'un abcès du sein chez la mère.

Cette oblitération des narines est peu connue ; cependant Terrier et Parisot la font soupçonner dans leur description des vices des conformations du nez. C'est un signe qui mérite dorénavant d'être retenu après cette observation si clinique de notre confrère de Grenoble.

III. **Parotidite et pneumonie double.** On ne saurait trop reconnaître l'intérêt de cette autre observation due encore à un de nos distingués confrères du Dauphiné, M. Trouillet. Elle arrive bien à l'heure après les faits signalés par Duplay, Talamon, Netter, Friedlander, Jurgensen etc. etc., et qui sont décisifs dans l'histoire de la pneumonie infectieuse.

On était, dans le cours d'une pneumonie gauche, au sixième jour, la défervescence commençait, quand M. Trouillet constata la tuméfaction de la région parotidienne et tous les symptômes d'une parotidite aiguë.

(1). H. Huchard (*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique* 1889) ; Eloy (*Eodem loco*).

Digitized by Google

Mais ce n'était point tout ; au huitième jour, vers le soir, nouvelle pneumonie, mais à droite.

Le signe de Landrieu (égalité de température des deux côtés aux aisselles) confirme ce diagnostic.

Pendant quelques jours, la situation fut très critique. L'usage extrêmement large des toniques fut institué. L'antisepsie de la bouche fut rigoureusement observée.

Au niveau de la parotidite des modifications se produisaient, l'inflammation du tissu glandulaire paraissait avoir atteint le tissu périphérique et s'être principalement développée dans ce dernier tissu, si bien qu'au bout de peu de temps on était en présence d'un véritable phlegmon diffus qui fut ouvert et drainé.

Entre temps, la pneumonie cédait, puis l'écoulement purulent par les tubes se faisait moins abondant et disparaissait enfin. Il y avait à ce moment un mois environ que le malade était en traitement.

Ici donc, le microbe pneumonique semble avoir atteint un degré exceptionnel de virulence. A ce point de vue encore comme au point de vue clinique, le fait si judicieusement observé par notre confrère, présente un intérêt considérable.

N. D.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 6 juillet 1891

La correspondance imprimée comprend : 1° Le *Journal d'hygiène*; 2° De la dénonciation des maladies contagieuses, par le Dr Ad. Nicolas ; 3° La *Revue illustrée de Polytechnique médicale et chirurgicale*; 4° La *Gazette de gynécologie*; 5° Un travail du Dr F. Chiais, médecin consultant à Evian, sur l'action curative des eaux d'Evian dans les perversions nutritives des arthritiques.

M. Roux présente à la Société un travail sur l'hygiène et le régime des arthritiques, par le Dr Henry Cazalis, d'Aix-les-Bains.

M. le Dr Monnier fait une communication sur un cas de pouce bot.

La main présente une malformation congénitale du pouce constituée par la fixation à l'angle droit, et de champ, c'est-à-dire dirigée en dehors de la seconde phalange sur la première. Cette fixation est due à une bride formée par la peau, le tissu cellulo-fibreux sous-cutané, le ligament latéral externe et le tendon du long fléchisseur propre du pouce.

L'enfant remuait peu la phalangette ; quand il essayait de la fléchir, l'angle, de droit, devenait un peu aigu. Quand on tentait de faire disparaître l'angle on était immédiatement et absolument arrêté par la bride. La flexion proprement dite était fort limitée.

Le 28 mars nous faisons, après lavage antiseptique, la section sous-cutanée de la bride ; le tenotome pénètre dans l'articulation, comme l'indique l'issue d'une goutte de synovie : redressement aisé, appareil inomovible en gutta-percha.

Nous avons pu nous rendre compte qu'une fois la phalangette dans l'axe de la phalange il y avait un V osseux vide à base externe.

Les suites de l'opérations ont été excellentes : absence de fièvre et de douleurs. On remplace au bout de quelques jours l'appareil en gutta-percha par un appareil plâtré et l'on fait des séances de massage vers la troisième semaine.

Voici un second moulage fait deux mois après l'opération : le résultat, comme vous le voyez, est très satisfaisant ; mais il ne serait qu'éphémère, à cause du V osseux vide, signalé plus haut, et qui se comblera à la longue, si l'enfant ne portait pendant au moins une année l'appareil que j'ai fait construire pour ce cas particulier. Il se compose, ainsi que le montrent les dessins d'un bracelet en cuir et d'une tige latérale externe, en acier : cette tige est articulée et porte deux demi-bagues agissant en sens opposé, pour maintenir les deux phalanges rectilignes.

Cet appareil peut s'enlever chaque jour pour permettre le massage.

M. Tripet demande si l'ouverture de l'articulation a été suivie d'arthrite.

M. Monnier. Il n'y a pas eu de réaction inflammatoire, j'ai d'ailleurs pris les précautions antiseptiques les plus complètes. Dans ces conditions il est habituel de voir l'ouverture d'une articulation ne provoquer aucune réaction inflammatoire.

M. Dauchez fait une communication sur le **délire de contagion ; ses dangers et son traitement**. (Voir p. 605).

M. Tripet : Je m'étonne d'avoir entendu dire que M. Sevestre n'a pas observé de cas de transmission de rougeole d'une salle à l'autre, attendu que M. Sevestre a cité trois faits de transports à la Société d'hygiène publique ; les trois faits sont relatés dans le *Journal d'hygiène*.

M. Dauchez. — M. Sevestre, que j'ai interrogé à ce sujet, croit n'en avoir jamais observé.

M. Tripet. — L'hôtelier, dont parle M. Dauchez, en mettant son locataire à la porte, a obéi à des prescriptions de police, auxquelles il n'est pas en droit de se soustraire.

M. Julliard. — En qualité de membre des commissions d'hygiène, nous sommes invités fréquemment à visiter des appartements pour nous assurer si les désinfections ont été faites. Or, ces invitations arrivent plusieurs mois après le début de la maladie. Et jamais je n'ai entendu dire que des cas de contagion se soient déclarés dans ces locaux, et cependant la désinfection, si elle est faite, est illusoire. D'ailleurs la négligeance s'étend loin, car des enfants sortent parfois de l'hôpital sans avoir été vaccinés.

M. Descroizilles. — Ce sont là des exceptions ; la règle est que les enfants sont vaccinés à l'hôpital.

M. Donadieu. — On ne peut nier la possibilité de la transmission de l'agent de contamination ; il y a des faits publiés, des articles écrits indiquant cette transmission des affections contagieuses par un tiers. Le fait de l'externe de l'hôpital des Enfants a été publié, et il me paraît très concluant.

M. Bonnefoy. — Je crois qu'il faut considérer comme exceptionnel le fait de deux enfants ayant habité ensemble et dont l'un seulement a eu la rougeole par exemple. J'estime que dans les écoles il faut prendre des mesures rigoureuses dès qu'on est certain de l'existence de la rougeole, dès même qu'on est en droit de la redouter seulement. Il faut alors licencier la classe et faire la désinfection.

M. Dauchez. — Je ne conteste pas la nécessité de prendre des précautions, mais, dans le public, on en arrive à des excentricités, pour ne pas dire plus.

M. Donadieu. — Mais vos conclusions vont à l'encontre de la nécessité de recourir à la désinfection et des précautions à prendre.

M. Potherat croit que M. Dauchez fait trop bon compte de la possibilité de la contagion par un tiers ; il cite un fait où cette contagion semble indéniable. Loin de la nier, il faut la reconnaître, non pour fuir devant, mais pour prendre les précautions qui permettront à tous de se mettre à l'abri, prescriptions qui varient avec les différentes affections.

Digitized by Google

M. Descroizilles. — Je crois que les contradicteurs de M. Dauchez n'ont pas bien saisi le but de sa communication qui n'est pas dans la négation de la contagion, mais dans l'exagération de la possibilité de la transmission du contage par le médecin. Il y a là erreur de la part du public et exagération manifeste. Grâce aux précautions qu'il prend, il est difficile que le médecin puisse être la cause d'une contamination, et il est presque impossible d'en fournir des preuves. Cette importante question est mise à l'ordre du jour de la prochaine séance.

M. Richelot fait une communication sur le **traitement de la péritonite tuberculeuse** : il cite quatre faits personnels d'intervention dont deux suivis d'excellents résultats thérapeutiques.

M. Tripet. — Pourquoi dans le deuxième cas de M. Richelot où le diagnostic était incertain, n'avoir pas fait d'abord la ponction et l'examen du liquide pour le diagnostic ?

M. Richelot. — Je ne vois pas d'inconvénient à faire cette recherche, seulement il ne faut pas attendre des résultats thérapeutiques efficaces de la ponction simple. En outre la ponction agit à l'aveugle, elle peut perforer une anse intestinale. La laparotomie est moins dangereuse, elle fait le diagnostic, et elle adapte le traitement aux lésions que l'on trouve. La laparotomie n'a que des avantages ; bien entendu, il faut être outillé pour la pratiquer, et ne s'y engager qu'à bon escient.

M. Monnier. — J'ai eu l'occasion d'observer deux cas de péritonite tuberculeuse. Dans un cas il y avait fièvre élevée, je crus à de la suppuration ; je fis la laparotomie, il y eut une courte amélioration. Au bout de quatre jours, la fièvre reparut et l'enfant mourut.

Dans un deuxième cas moins grave, de péritonite ascitique, je fis le traitement de M. Debove, il y a deux mois; le résultat est jusqu'ici excellent et semble conduire à la guérison.

E. Potherat.

SOCIETÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 octobre 1891

Présidence de M. le Dr Terrier

Traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen. — M. Berger pense qu'il est utile de revenir sur cette question déjà souvent traitée, et qu'elle ne sera vraiment éclaircie que quand chaque chirurgien aura fait connaître tous les faits dont il dispose. Au mois de juillet dernier, il est appelé auprès d'un jeune garçon de 19 ans, qui, la veille au soir, avait reçu une balle de revolver dans la région épigastrique. Sa visite eut lieu 16 heures après l'accident. L'état du blessé était très satisfaisant, il ne souffrait pas et demandait à manger à grands cris. A deux travers de doigt au-dessus et à gauche de l'ombilic, on voyait la trace de pénétration d'une balle de sept millimètres environ ; une croûte sanguine recrouvrait l'orifice d'entrée qui ne livrait passage à aucun écoulement. Il n'y avait pas de ballonnement du ventre ; l'exploration du passage n'apprenait rien sur la direction de la balle, il existait seulement un peu de sensibilité profonde autour de la plaie, En fin de compte, M. Berger pensait que le projectile était resté dans l'épaisseur de la paroi abdominale, lorsqu'on lui montra des matières vomies par le patient peu de temps après le traumatisme; elles étaient composées de chocolat mêlé de sang. Il n'y avait donc plus à douter de la pénétration, la balle avait certainement traversé l'estomac. Le blessé fut soumis à une immobilisation absolue dans le décubitus dorsal, opium à l'intérieur, diète à peu près complète pendant quatre jours. Le cinquième jour, on lui donna du lait, et il eut une garde-robe sans incident ; le quinzième il quittait le lit complètement guéri.

Cet exemple montre que certaines plaies de l'estomac peuvent guérir sans intervention. M. Berger a soigné deux autres cas de plaies de l'estomac par balle de revolver, qui ont guéri sans accident ni intervention. Deux cas de plaies du gros intestin, l'une par coup de couteau, l'autre par balle de revolver, ont été suivies de guérison, la première après laparotomie et suture de l'intestin, la seconde sans intervention. Les plaies de l'intestin grêle lui ont donné des résultats moins favorables. En effet, sur six cas de plaies multiples de l'intestin grêle, dont cinq par balle de revolver et une par coup de couteau, il a eu une guérison et cinq morts (y compris le blessé par coup de couteau). Dans ces six cas, la laparotomie a été faite à cause d'accidents urgents.

Il résulte de ces faits que les plaies de l'estomac et du gros intestin sont moins graves que celles de l'intestin grêle. Il ne faut donc pas faire jouer le principal rôle à la multiplicité des plaies, mais aussi à leur siège sur les intestins.

En présence d'une plaie pénétrante de l'abdomen, M. Berger a adopté la ligne de conduite suivante.

Quand il arrive auprès du blessé immédiatement ou très peu de temps après l'accident, il pratique la laparotomie immédiate pour suturer les plaies de l'intestin. A cette période, on peut espérer que l'infection du péritoine n'a pas eu le temps de se produire.

Lorsque plusieurs heures (10 à 15 h.) se sont écoulées avant son arrivée, il n'intervient pas, s'il n'y a pas d'accidents septicémiques, quand même il y aurait présomption de plaie intestinale. Il est alors permis de penser que la plaie est petite, qu'elle a été refermée par un bouchon muqueux ou par des adhérences péritonéales.

Enfin si le blessé présente des accidents septicémiques, il intervient, quel que soit le temps écoulé depuis la blessure.

M. Verneuil. Le premier fait rapporté par M. Berger montre la différence capitale et déjà connue, qui existe entre les plaies de l'estomac et celles de l'intestin. Le pronostic des plaies abdominales n'est pas seulement en rapport avec l'organe blessé, mais encore avec son contenu. On sait en effet que les microbes de l'intestin grêle sont plus virulents que ceux de l'estomac, certains cas d'ailleurs semblent échapper à toute intervention ; témoin ce fait d'un jeune homme, qui, atteint dans l'abdomen d'un coup de carabine chargée à plomb, mourut 32 heures après l'accident, au milieu d'accidents comateux.

Etant en villégiature à Trouville, M. Verneuil fut appelé auprès d'un garçon cuisinier qui venait de recevoir un coup de couteau dans le ventre. La lame avait pénétré à une profondeur de quinze centimètres. La plaie, située près de l'ombilic, livrait passage à une petite anse intestinale, présentant une toute petite ouverture à son sommet et déjà affaissée, il n'y avait pas eu d'écoulement de sang ni de matière stercorale. Le blessé, surmené par plusieurs jours de travail, était plongé dans une dépression profonde. N'ayant pas une instrumentation suffisante, M. Verneuil fit un anus artificiel au niveau de l'anse herniée et fit administrer l'opium à l'intérieur. Les premières heures furent satisfaisantes, pas de vomissements, pas d'élévation de température. Mais bientôt le malade tomba dans la stupeur, et succomba 34 heures après l'opération, présentant déjà des plaques gangréneuses sur les cuisses et les fesses. A l'autopsie, on trouva un épiploon très-épais, dur, atteint d'inflammation chronique et une plaie du cœcum. Le petit bassin renfermait un litre et demi de sang. Il est plus que probable qu'une intervention plus complète aurait été impuissante à sauver la vie du blessé, car dans ce cas l'épiploïte chronique rendait l'exploration du ventre très-difficile.

M. Routier était appelé deux heures après l'accident auprès d'un enfant de 14 ans qui venait de recevoir un coup de fusil près de l'ombilic. Il n'existait aucun signe grave d'inflamma-

Digitized by Google

tion péritonéale. Cependant il fit la laparotomie et trouva une plaie de la face antérieure de l'estomac qu'il sutura. Une partie de l'épiploon, qui avait été blessé, fut réséqué. Cependant du sang continuait à couler dans le péritoine, il fut impossible d'en trouver l'origine et le ventre fut refermé. L'enfant mourut quinze heures après l'opération. A l'autopsie on trouva une perforation sur la face postérieure de l'estomac et deux plaies de l'intestin grêle. La charge tout entière s'était logée dans l'hypochondre gauche.

M. Peyrot rapporte un fait montrant combien il peut être difficile de se prononcer sur une intervention toujours grave, alors même que la blessure de l'intestin est certaine. Il était appelé, en province, le 26 septembre dernier, auprès d'un jeune homme de 16 ans, fils de médecin, qui avait reçu dans l'abdomen un coup de feu de petite carabine. Il vit le blessé dix-neuf heures après l'accident et constata près de l'ombilic, à gauche, une petite plaie, à bords irréguliers, ne donnant lieu à aucun écoulement. La peau était sèche, le ventre rétracté, non douloureux, pas de vomissements.

Le pouls était très fréquent, marquait 134 P., la température était de 38° 8. La pénétration du projectile était certaine et la péritonite semblait violente. Que faire ? — Une amélioration se produisit au bout de quelque temps ; la température baissa et le pouls descendit à 108 P. Aucune intervention ne fut pratiquée, et l'on soumit le blessé à un traitement médical. L'amélioration continua très manifeste pendant une semaine ; la guérison semblait assurée. Le huitième jour, la fièvre s'alluma de nouveau, mais le ventre resta souple ; pas de vomissements. Il en fut ainsi pendant trois à quatre jours. Au milieu de la deuxième semaine, un empâtement se déclara au niveau de la fosse iliaque gauche. La température monta de plus en plus et atteignit 40°. Un phlegmon de la fosse iliaque paraissait certain. M. Doyen, de Reims, ouvrit l'abdomen et trouva une péritonite purulente de tout le petit bassin. L'enfant mourut peu de temps après, dix-neuf jours après l'accident, alors que la guérison avait paru certaine pendant plusieurs jours.

Dr H. Marciguey.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 octobre 1891

Présidence de M. le Dr Labbé

Un cas d'acromégalie. — M. Ducazal présente un soldat sur le point de prendre sa retraite, atteint d'acromégalie. L'affection a débuté chez lui il y a 23 ans et ne l'a pas empêché de faire son service. Les extrémités présentent les déformations caractéristiques de l'affection. La face semble augmentée de volume dans toutes ses parties constituantes ; le nez est épaté en pied de marmite : les lèvres, surtout l'inférieure, et la langue sont énormes. Le maxillaire inférieur, hypertrophié dans tous les sens, détermine un certain prognathisme. Les mains sont volumineuses, les doigts en forme de boudins. La même exagération de volume s'observe sur les pieds ; le gros orteil mesure douze centimètres de circonférence. Chez ce malade les déformations ont commencé par le thorax, dont la saillie en avant forme une sorte de bosse ; il en est résulté qu'il ne peut mettre son ceinturon. Il n'existe pas de déviation de la colonne vertébrale. Cet homme se fatigue très facilement, ne peut marcher vite à cause d'une oppression rapide. En dehors de ces symptômes, il ne présente aucun autre trouble fonctionnel.

Polyurie dans la sciatique. — M. Lépine (de Lyon), envoie une note pour rappeler que dans la thèse de son élève Hugonard (Lyon 1880), il a signalé des cas de polyurie pendant les crises de la sciatique, analogues à ceux rapportés par M. Debove (1).

M. Hayem lit une note sur les *troubles du processus digestif* au point de vue chimique pur. H. M.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 octobre 1891

Présidence de M. le Dr Regnauld

A propos du procès-verbal de la dernière séance, M. Chauveau lit une note de MM. Roux et Rodet qui maintiennent les conclusions de leur travail et combattent les assertions de MM. Chantemesse et Vidal au sujet de la différenciation du bacille typhique et du bacillus colicommunis.

M. Dubar (de Lille) lit une observation de hernie inguinale à sac diverticulaire latérale.

Transformation des virus à propos des rapports qui existent entre la variole et la vaccine. — M. Chauveau rappelle que beaucoup de médecins croient que la vaccine est une transformation de la variole ou que, en raison de leur affinité, elles dérivent l'une de l'autre ou d'une source commune. D'autres auteurs pensent que, pour transformer en vaccine la variole humaine, il suffit de faire passer celle-ci par l'espèce bovine. Certains expérimentateurs disent avoir réussi dans cet essai. Mais les animaux de l'espèce bovine prennent facilement la variole humaine sans que le virus variolique se transforme jamais en virus vaccinal. Ce virus inoculé aux bovidés et rapporté sur l'espèce humaine se comporte toujours comme le virus variolique.

Les expériences faites pour transformer la variole en vaccin ont toujours été négatives. Dans des recherches récentes, on a prétendu avoir obtenu sur les bovidés de très belles pustules vaccinales après inoculation variolique.

Mais ces prétendues pustules vaccinales inoculées à des enfants ont toujours donné lieu à la variole ordinaire.

MM. Eternoz et Axius (de Genève) ayant inoculé à des veaux de la variole humaine, puis ayant poursuivi l'inoculation en série, obtinrent au huitième passage une lymphe que M. Chauveau étudie expérimentalement. Il ne fit pas des expériences chez l'homme parce que dans ses expériences antérieures on avait amené par ces inoculations une variole mortelle. M. Chauveau a donc fait ses expériences chez la vache au moyen de piqûres sous-épidermiques. Des expériences comparatives lui ont prouvé que la lymphe des auteurs ci-dessus n'est autre que de la lymphe variolique qui produit, chez les animaux, des pustules de variole et non de vaccine.

Deux vaches reçurent de la lymphe de MM. Eternoz et Axius, une troisième reçut du horse-pox pris sur un cheval en pleine éruption. L'éruption vaccinale fut typique sur cette vache ; chez les deux autres, l'éruption variolique fut manifeste.

En résumé, M. Chauveau déclare que, chez les animaux, le virus variolique reste virus variolique et ne se transforme jamais en virus vaccinal.

M. Hervieux confirme absolument l'opinion de M. Chauveau. Il rappelle qu'en Algérie, où les indigènes pratiquent en grand la variolisation, jamais on n'a vu le virus variolique produire autre chose que la variole. Jamais il ne s'est transformé en virus vaccinal. F. R.

(1) Voir : *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 14 octobre 1891.

Digitized by Google

LES JOURNAUX DE LA SEMAINE

Assurances sur la vie et médecins. — On lit dans la *Gazette Hebdomadaire* du 10 courant, sous la signature de M. le Dr Dieulafoy, la lettre suivante :

Un agent d'une Compagnie d'assurances contre les maladies, « *le Progrès* », s'est présenté chez le Dr P... (d'Epernay) comme il s'était présenté chez plusieurs de nos confrères de Lyon, pour proposer à ces confrères d'être médecins de ladite Compagnie, à la condition toutefois de *souscrire une assurance personnelle*.

A titre de références, l'agent de la Compagnie exhibait plusieurs certificats d'assurance signés de moi et me représentait à nos confrères comme attaché à la Compagnie.

Le Dr P... ayant eu quelques soupçons sur la véracité de ces faits, m'en a prévenu. Je m'empresse de déclarer que j'ignorais absolument l'existence de cette Compagnie d'assurances et que je n'ai jamais eu par conséquent le moindre rapport avec elle.

Mais alors comment expliquer qu'un agent de la Compagnie exhibe de moi plusieurs certificats ?

Je crois me rappeler avoir signé il y a quelques mois, à titre privé, un certificat qui m'était demandé par un monsieur qui était venu me consulter. Ma bonne foi a-t-elle été surprise, et ne serait-ce pas ce certificat qui est exhibé par la Compagnie comme document officiel avec d'autres certificats semblables dont j'ignore la provenance ? Je ne sais ; mais il est de mon devoir de mettre mes confrères en garde contre de pareilles manœuvres.

Aux tribunaux de se prononcer.

En attendant, nous nous associons à la protestation de notre estimé confrère.

M. le Dr Péchadre, d'autre part, nous écrit, comme complément à la lettre adressée à la *Gazette Hebdomadaire*, qu'il tient à la disposition de nos confrères, désireux d'éclairer plus complètement leur religion, des documents instructifs. Ch. E.

INFORMATIONS

PARIS

Hopitaux de Paris. — *Concours de l'internat en médecine.* La question qui est sortie de l'urne, le 19 octobre, est la suivante : *Articulation tibio-tarsienne* ; *Périostite phlegmoneuse diffuse*. Les questions demeurées dans l'urne sont : *Veines saphènes et Phlegmatia alba dolens* ; *Muscles extrinsèques du larynx et pneumothorax*.

ÉTRANGER

Angleterre. — **Une loge maçonnique pour les médecins.** Cette loge, la loge Esculape, n° 2410, a été installée, le 2 octobre 1891, par le grand maître de la franc-maçonnerie anglaise, le prince de Galles. Cette loge est affectée spécialement aux membres de la profession médicale.

Les progrès de l'alcoolisme. — En 1890, on a compté 173,036 personnes condamnées pour ivresse dans la Grande-Bretagne. A Londres, les condamnations ont été de 23,212 ; dans le Lancashire, de 13,151 ; le Durham, de 10,773 ; et le Yorkshire, de 9,826.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs Millet-Lacombe (de Saint-Pardoux) ; Thurel (d'Orgelet), Roux (d'Emeret) ; Bergeron (de Paris) ; Cronzat (de Grigny) ; Coste (de Langogne) ; Roque (de Juillac) ; Ducor (d'Auch) ; Siméon (de Lorgnes) ; Polak, ancien médecin du schah de Perse ; Guérin (de Grandpré) ; Griffe, médecin militaire ; Cheneaux (de la Martinique).

En Allemagne : M. S.-T. Stein (de Francfort), auquel on doit des travaux sur l'application de la photographie à la médecine et, en particulier, un ouvrage intitulé : *La lumière au service des recherches scientifiques*.

En Russie : M. Alexandroff, prosecteur d'anatomie à la Faculté de Kazan.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Arbuthnot Lane. — De l'inflammation de l'oreille moyenne et de ses complications (*The Lancet*, 26 sept. 1891).

Bardenheuer. — Résection de l'acétabulum et de la tête fémorale (*Archiv. f. Klin. Chir.* 1891, bd XXXXII, Heift 2, 1891).

Bodenhomer (W.). — De la valeur de l'incision oblique dans la colotomie lombaire (*The New-York Med. Record*, 22 août 1891, p. 212).

Burnham (H.). — Remarques sur le traitement des cataractes lamellaires et séniles (*The Méd. Record*, 22 août 1891, p. 204).

Durm (J.). — Quelques remarques sur l'étiologie et le traitement de la conjonctivite phlyctinulaire (*The New-York Med. Journal*, 19 sept. 1891).

Gussenbauer. — Contribution au diagnostic des kystes du pancréas (*Prager Med. Woch.* 1891, n°s 31 et 33).

Lammert. — De l'hydrocèle chez la femme (*Munich. Med. Woch.*, 21 juillet 1891).

Mas (M.). — Traitement des kystes hépatiques (*Revista clinica de los hospitales*, août 1891, p. 365).

Picqué et Poirier. — Etude sur la hernie obturatrice (*Revue de chir.*, 20 sept. 1891).

Pryor (R.). — De la prévention des hernies ventrales après la laparotomie (*The New-York Med. Record*, 19 sept. 1891).

Rafin et Rougier. — Ostéome de l'oreille (*Lyon Méd.*, 27 sept. 1891).

Suarez de Mendoza (F.). — Traitement des ulcérations de la cornée par l'acide phénique pur à l'état déliquescent (*Recueil d'ophtalm.*, août 1891).

Terrier et Baudoin. — De l'hydro-néphrose intermittente (*Revue de chir.*, 10 sept. 1891).

Trilomi. — Hystérectomie pour épithélioma (*Riforma Medica*, 21 août 1891).

THÉRAPEUTIQUE

Comessatti. — Recherches expérimentales sur l'action physiologique de la chinaldine (*La Térap. mod.*, août 1891).

Erratum. — A la page 663, col. I, 3e alinéa — par suite d'une erreur typographique, lire dans la formule du lavement phéniqué : Acide phénique 0,25 centigrammes au lieu de 25 grammes : pour un 1/4 de lavement.

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEDER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE N° 44 28 OCTOBRE 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, BÉCLÈRE, BROCQ, DEMELIN, DU CASTEL, GINGEOT, Charles MAURIAC, PACQUÉ, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

AVIS. — Nos abonnés nouveaux pour l'année 1892 recevront gratuitement le journal jusqu'au 1er janvier prochain.

CLINIQUE DES MALADIES INFANTILES

Sur l'emploi de l'aristol dans le traitement de l'ichthyose infantile.

par M. le Dr DESCROIZILLES
Médecin de l'Hôpital des Enfants Malades

Le 19 mai dernier, je voyais entrer dans le cabinet de consultation de l'hôpital une fille de 14 ans et demi, Léontine C..., grande, bien constituée et réglée depuis plusieurs mois déjà. Cette jeune personne venait nous demander un avis au sujet d'un état squameux de la peau, dont elle croyait avoir été affligée de tout temps. Elle jouissait d'une fort bonne santé, à tous les autres points de vue, et ne désirait nullement entrer à l'hôpital. J'insistai au contraire pour qu'elle s'y fît soigner, parce que j'espérais sincèrement l'améliorer, dans de notables proportions, à l'aide d'un traitement qui m'avait dernièrement réussi. Après mûre réflexion, elle revint me trouver le lendemain, 20 mai, et fut admise au n° 34 de la salle Dechaumont (1).

L'altération cutanée, dont elle se plaignait, s'étendait à une grande portion de la superficie du tégument. Sur la partie antérieure de la poitrine et sur le centre, ainsi qur le dos tout entier, on voyait de nombreuses lamelles épidermiques, de couleur grisâtre, polygonales, mais ne dépassant, dans aucun cas, deux ou trois millimètres d'étendue, assez minces pour être transparentes, presque partout, et régulièrement juxtaposées, à la façon des ardoises d'une toiture. Malgré leur peu d'épaisseur, ces écailles adhéraient fortement aux couches sous-jacentes et le frottement n'en détachait que de petits fragments. On retrouvait cette même modification de la peau au niveau des quatre membres, en avant et en arrière ; elle ne faisait défaut qu'aux mains et aux pieds, ainsi qu'aux aisselles, aux coudes, aux poignets, aux creux poplités et aux régions tibio-tarsiennes. A peine perceptible à la partie inférieure du cou, elle disparaissait totalement au-dessous du menton. Sur le cuir chevelu et la face, l'enveloppe cutanée présentait ses caractères normaux. On ne constatait, sur aucun point, ni teinte érythémateuse, ni éruption vésiculo-pustuleuse, papuleuse ou croûteuse. Il n'y avait ni prurit, ni douleur, et la transpiration ne se produisait, chez cette jeune fille, que dans des conditions exceptionnelles.

Je ne pouvais pas avoir d'hésitation sur le diagnostic; il s'agissait certainement d'une ichthyose. La sécheresse absolue de la peau, l'absence de démangeaisons, la disposition régulière des squames, leur très grand nombre, leur consistance, leur absence à la tête, aux extrémités, aux grands plis articulaires, étaient des caractères fort nets, dont je ne pouvais méconnaître la valeur. S'il eût été question d'un pityriasis, les écailles auraient été beaucoup plus petites et plus fragiles. Le psoriasis est disposé par groupes ou par macules distinctes, et ne recouvre pas, comme dans le fait dont je parle, de vastes surfaces avec une complète uniformité de physionomie. Cette ichthyose était d'ailleurs fort ancienne ; elle existait aussi chez la mère et les deux frères de Léontine C...; elle ne présentait aucune de ces particularités d'aspect qui la font désigner quelquefois sous le nom de cornée, de nacrée ou de serpentine. On n'avait à aucune époque cherché à y porter sérieusement remède, on conseillait seulement de temps à autre quelques bains sulfureux ou amidonnés. N'éprouvant jamais de démangeaisons, par suite de son ichthyose, la jeune personne, bien que contrariée d'avoir une peau rugueuse, pensait qu'il fallait en prendre son parti et ne s'était présentée à la consultation que dans le but d'obtenir quelques cartes pour se baigner de nouveau, mais non dans l'intention d'essayer une médication quelconque. On a vu qu'elle n'est entrée dans mon service qu'avec répugnance.

Je donne des soins, depuis longtemps, à deux sœurs âgées, actuellement, l'une de 17, l'autre de 15 ans, et toutes deux affectées d'ichthyose de temps immémorial. J'avais, sans aucun profit, tenté de différents moyens, chez ces deux jeunes filles, pour atténuer leur difformité tégumentaire, quand, dernièrement, l'idée m'est venue de conseiller qu'on leur fît des applications de pommade à l'aristol. Cette préparation m'a, plus d'une fois, donné des résultats satisfaisants, dans ces eczémas secs, fréquents, comme toutes les variétés d'éruption eczémateuse, chez les jeunes sujets ; je pensais qu'il en serait peut-être de même dans l'ichthyose et que, de toute façon, la tentative ne pouvait avoir d'inconvénient. Toutefois, je ne m'attendais pas à l'heureux effet que ce nouveau traitement a produit chez les deux sœurs. Trois ou quatre frictions ont suffi pour les débarrasser toutes les deux, dans l'espace d'une semaine, des squames qu'aucun des autres topiques n'avait modifiées. Je me trouvais donc encouragé à faire d'autres essais de

(1) *Société médico-pratique*, octobre 1891.

Digitized by Google

l'aristol relativement à l'ichthyose, et je me suis empressé de profiter de la possibilité, qui m'était offerte, de mettre mon projet à exécution.

Dès le 22 mai, on a commencé à pratiquer des onctions sur toutes les parties rugueuses de la peau, avec une pommade composée de neuf parties d'axonge et d'une partie d'aristol. J'ai recommandé qu'on fit ces onctions vigoureusement et longuement, tous les jours plutôt deux fois qu'une. En même temps, je prescrivais des bains d'amidon, deux ou trois fois par semaine, et j'administrais à l'intérieur dix gouttes de teinture de Fowler, par période de vingt-quatre heures. Le 25, le tégument des bras et des avant-bras, celui des épaules et de la partie supérieure du dos, étaient presque totalement nettoyés et nous constations le retour complet à l'état normal, deux ou trois jours plus tard Du 27 mai au 1er juin, la même amélioration se produisait aux membres inférieurs et aux régions lombaires, l'état squameux ne persistait, bien qu'avec une atténuation notable, que sur l'abdomen. Entre l'ombilic et le pubis, sur les parties latérales plutôt que sur la ligne médiane, on apercevait de nombreuses stries raboteuses, de teinte brunâtre, et tout indiquait qu'elles ne disparaîtraient pas, ou qu'elles ne s'effaceraient que partiellement. Sur toutes les autres parties du corps, le succès était évident ; en outre, la santé générale était excellente. Jusqu'au 15 juin, on a continué, à l'extérieur, les applications de pommade d'aristol au dixième ; à l'intérieur, l'arsenic sous forme de liqueur de Fowler. Le 15 juin, la jeune fille nous a quittés, pour aller à l'asile de convalescence d'Epinay. A cette date, la peau était souple à peu près partout ; comme il fallait s'y attendre, on distinguait encore, de chaque côté et un peu au dessus du pli de l'aine, quelques stries pigmentaires, légèrement squameuses à leur superficie.

Je ne terminerai pas cette observation sans rappeler qu'on a traité l'ichthyose de bien des façons différentes ; parmi les nombreux moyens expérimentés, il me suffira de citer : l'huile de cade, la glycérine, la vaseline, l'acide citrique, le goudron, l'emplâtre mercuriel, l'huile de croton, l'huile de foie de morue, l'acide tartrique, l'acide pyrogallique, les bains savonneux ou alcalins, le bains de vapeur, le séjour aux eaux de Saint-Gervais, d'Uriage, de Schlangenbad, de Louèche. Souvent on a employé les tissus imperméables, quelquefois même on a eu recours à la curette. A l'intérieur, on a prescrit, soit les préparations arsenicales, soit les toniques, qui semblent fréquemment indiqués, en effet, parce que beaucoup de jeunes ichthyosiques sont en même temps lymphatiques ou chloro anémiques. Bien des médecins expérimentés considèrent l'ichthyose comme incurable ; ce pessimisme est peut-être exagéré, surtout quand il s'agit d'individus très jeunes. Toutefois, il faut reconnaître que, si l'on obtient de bons résultats, ils sont le plus souvent transitoires, mais il est probable aussi que, l'anomalie cutanée se manifestant, en général, dès les premiers temps de l'existence, il serait beaucoup plus facile d'y remédier pour toujours, ou pour une très longue période, si l'on cherchait à détruire l'état squameux, dès qu'on peut le constater, au lieu de ne tenir aucun compte de cet état pendant des années entières, comme le font beaucoup de parents négligents ou inexpérimentés. Quant à moi, j'ai eu à traiter un assez grand nombre d'ichthyosiques, âgés de moins de quinze ans, et appartenant, pour la plupart, au sexe féminin. Sur plus de la moitié de ces jeunes sujets, j'ai obtenu une modification plus ou moins prononcée, avec différents procédés thérapeutiques, mais de préférence avec le glycérolé d'amidon, les bains d'amidon, l'huile de cade. D'habitude, l'amélioration survenait assez vite, c'est-à-dire au bout d'un mois ou six semaines ; d'habitude aussi les squames se sont formées de nouveau quelques mois après leur disparition.

Je n'ai donc pas le droit d'affirmer que, dans le cas actuel, j'ai obtenu une guérison définitive. Il est presque certain au contraire que, dans quelques mois, l'état du tégument comparé à la peau de poisson redeviendra ce qu'il était antérieurement chez les trois jeunes personnes auxquelles je viens de faire allusion, Ce que j'ai voulu signaler à l'attention des médecins, c'est la rapidité avec laquelle l'aspect de la peau s'est transformé, dans les trois cas, sous l'influence de l'aristol. Au bout de cinq ou six jours, la métamorphose était évidente, et le topique avait agi sans donner lieu à aucune irritation locale, sans occasionner de démangeaisons. De nouveaux essais sont à coup sûr indispensables pour affirmer la supériorité de l'aristol sur les autres agents pharmaceutiques que l'on peut opposer à l'ichthyose ; il est à désirer que ces essais se multiplient et, pour mon compte, je ne négligerai aucune occasion de recueillir de nouveaux faits, à l'appui de ceux que j'ai cru devoir faire connaître au public médical.

La dose d'aristol employée dans les trois faits qui ont passé sous mes yeux, était de 10 pour 100 pour les deux premiers, et 5 pour 100 pour le troisième, par rapport au corps gras ; il est très probable qu'il conviendrait de varier suivant les circonstances. Toutefois, d'après quelques essais relatifs à des cas de psoriasis, et dans lesquels j'ai, sans succès décisif d'ailleurs, mis aussi l'aristol à contribution, je suis porté à croire qu'il vaut mieux l'employer en petite quantité, qu'à plus de douze ou quinze pour cent, il devient irritant, et offre plus d'inconvénients que d'avantages. On a pu voir aussi que j'ai prescrit la liqueur de Fowler à mes trois jeunes ichthyosiques. L'utilité de la médication interne, vis-à-vis de l'ichthyose, a souvent été mise en doute ; je suis de ceux qui considèrent le traitement général comme efficace dans cette dermopathie, et je recommanderai toujours, en semblable conjoncture, soit l'arsenic, soit l'huile de foie de morue et les autres corps gras.

Il y a eu à la fin de septembre une légère récidive ; la jeune fille est rentrée dans mon service ; j'ai fait pratiquer de nouveau des frictions avec la pommade à l'aristol, dans la proportion du dixième, et très promptement l'amélioration déjà signalée s'est produite. L'état squameux, au bout de deux ou trois frictions, a presque complètement disparu.

Digitized by Google

HYGIÈNE THÉRAPEUTIQUE

De l'hygiène des syphilitiques

Accidents secondaires et tertiaires (1)

Les boissons, habituellement employées dans la consommation, sont le vin et la bière.

Les vins sont toniques et stimulants d'autant plus que l'alcool y abonde davantage. Mais leur action d'ensemble dépend des divers principes qui entrent dans leur constitution : acides et sels divers, tannin, matières colorantes, bouquet. On doit conseiller de préférence aux syphilitiques ceux qui sont légèrement acidulés et contiennent des quantités modérées d'alcool, de sucre, de matière colorante et de tartre ; tels sont surtout les vins de Bourgogne et de Bordeaux. Ces derniers, plus riches en tannin, sont préférables au Bourgogne.

Les vins des environs de Paris désaltèrent bien ; mais ils sont chargés d'acides et imparfaitement fermentés. Il en résulte souvent des rapports aigres et des coliques intestinales. Ces vins ne sauraient donc convenir aux estomacs faibles.

Les vins du Midi, du Languedoc et du Roussillon, par exemple, la plupart des vins d'Espagne et de Portugal contiennent une trop forte proportion d'alcool.

Quant aux vins blancs légers, les estomacs délicats les digèrent aisément ; ils ont donc des indications particulières.

Il faut être très sobre en revanche des vins blancs mousseux, du Champagne particulièrement, qui produit promptement l'ivresse et alanguit l'estomac, en raison de la quantité considérable d'acide carbonique qu'il contient. On sait en effet que cet acide, qui active la sécrétion du tube disgestif, ne tarde pas, s'il est continué, à fatiguer l'estomac et diminuer l'appétit.

Du reste, un article de ce genre ne peut donner que des indications générales. Aussi l'avons-nous intitulé : hygiène des syphilitiques, et non de la syphilis. On ne saurait trop répéter, en effet, qu'il faut avant tout envisager le malade et se préoccuper beaucoup moins de la maladie. C'est donc au médecin à varier ses prescriptions selon chaque cas particulier, en ayant toujours présente à l'esprit la nécessité d'entretenir le bon fonctionnement du tube digestif.

C'est en partant de ce principe que d'autres boissons alimentaires peuvent également être conseillées aux syphilitiques. Ainsi la bière est un excellent breuvage qui agit par l'alcool, les matières sucrées et salines, les substances amères qui entrent dans sa composition. Elle a l'avantage de stimuler l'appétit et de favoriser l'embonpoint. Mais il importe qu'elle ne soit pas trop alcoolique. On conseillera donc de préférence les bières de Paris, les bières blanches, mais non point le faro de Bruxelles ni le porter des Anglais, boissons très alcooliques et très concentrées.

Nothnagel et Rossbach pensent que la bière doit être administrée aux anémiques, à ceux dont l'estomac est alangui et encore aux individus très nerveux, qui, en raison de leur excitation cérébrale, ne peuvent supporter ni le vin ni l'alcool.

Le cidre que l'on obtient par la fermentation du jus de pommes ou de poires, « poiré », est une boisson médiocre. Nouveau, il est lourd et indigeste. Un peu plus fermenté, il agit comme les vins mousseux. Plus tard, enfin, il contient une plus forte quantité d'alcool et a l'inconvénient des boissons trop fermentées. Le médecin ne le permettra donc qu'avec parcimonie.

A côté de l'abus de l'alcool s'en place un autre qui généralement marche conjointement avec lui. C'est celui du tabac. Je n'ai pas à m'occuper ici des effets généraux de cette substance. Ses périls ont été singulièrement exagérés. En matière d'hygiène chez les syphilitiques, il n'y a à considérer que son action sur le tube digestif et principalement son influence topique sur la cavité buccale.

Le fumeur à outrance devient un dyspeptique. Le tabac, après avoir stimulé, par l'entremise du grand sympathique, les fibres lisses de l'estomac, les frappe secondairement de parésie. En même temps, il y a chez la plupart des fumeurs insuffisance de la salive, qui est rejetée en abondance pendant la combustion du tabac. Par le fait des liens nerveux qui unissent entre elles les diverses sécrétions digestives, les sucs gastrique et pancréatique se tarissent. Il en résulte anorexie, tendance à la dyspepsie atonique et épuisement par le fait du rejet de la salive. L'anorexie dépend surtout de ce que le tabac a la propriété d'engourdir la sensibilité de la muqueuse digestive. Les soldats et les matelots, qui fument et chiquent souvent avec excès, le savent bien ; car c'est le moyen auquel ils ont recours pour tromper leur faim.

Quoi qu'il en soit, ce n'est pas précisément en raison des troubles que le tabac provoque du côté du tube digestif qu'il faudra en interdire l'usage aux syphilitiques. Il est exceptionnel en effet de rencontrer des malades qui fument au point de nuire à leur estomac. A ceux-là, bien entendu, la modération devrait être recommandée.

Mais, il s'agit de le proscrire en raison de ses effets désastreux sur la cavité buccale et l'arrière-gorge. On sait que le tabac peut être mâché, prisé ou fumé.

Aujourd'hui, le nombre des chiqueurs est restreint. L'habitude de la chique ne se rencontre guère que chez les matelots et quelques ouvriers qui ont autrefois servi dans la marine. Si le médecin avait à traiter un syphilitique adonné à cette funeste coutume, il devrait immédiatement la lui interdire. Chez le chiqueur, la bouche et l'haleine deviennent puantes ; les dents se rongent peu à peu ; les lèvres, les joues, les gencives, la langue, le pharynx deviennent le siège d'une phlegmasie chronique. Que d'alcool il faut pour éteindre ce feu-là ! ajoute M. Pécholier dans son remarquable article : « Tabac » du *Dict. encyclop. des sc. médic.* Il y a plus : ou le chiqueur avale sa salive empestée ou il la crache en abondance, ce qui est une cause de dépérissement et de dyspepsie. Ainsi donc, appel et fixation des syphilides dans le *locus minoris resistentiæ*, débilita-

(1) Fin. Voir page 669, n° 43.

Digitized by Google

tion du sujet, telles sont les funestes conséquences de l'habitude de la chique.

Il ne faudrait pas croire que la prise, qui au premier abord semble être une satisfaction inoffensive, n'ait pas de sérieux inconvénients chez le syphilitique. Le danger sera plus grand chez le priseur invétéré que chez le néophyte. Au début, on se contente de quelques atomes de tabac; mais plus tard, on engloutit de vrais monceaux d'une poudre noire, qui imprégnée de mucus nasal, retombe sur les moustaches, la barbe et les vêtements pour les souiller. La sensibilité émoussée de la muqueuse réclame des quantités toujours croissantes. La pituitaire s'épaissit, devient le siège d'eczéma, d'ulcérations, parfois même de polypes. L'odorat peut se perdre. Par continuité de tissu, la peau du nez rougit; le canal nasal, les voies lacrymales, la trompe d'Eustache s'irritent. La poudre, franchissant les fosses nasales postérieures, enflamme le pharynx, le larynx et jusqu'à l'œsophage et l'estomac. Par l'analyse chimique, on a pu retirer de la nicotine des organes des gros priseurs. Est-il alors surprenant que des syphilides érosives, papulo-érosives et ulcéreuses se développent et persistent au niveau de la pituitaire de ces endurcis, qui n'ont pas le courage de renoncer à leur funeste habitude, parce qu'elle est un agréable stimulus de leur cerveau et leur apporte un précieux concours à la pensée et à la mémoire? En outre la localisation du virus en ce point est toujours chose fâcheuse. Rien n'est plus rebelle que la cicatrisation des pertes de substances, quelle qu'en soit l'origine, qui siègent sur la pituitaire. La muqueuse, reposant immédiatement sur un tissu fibreux très dense, qui fait corps avec le cartilage ou avec l'os, il n'y a aucune tendance à la réparation. Nous dirons donc aux priseurs de fraîche date, entachés de syphilis, n'allez pas plus loin; renoncez radicalement, puisque chez vous l'habitude n'est pas invétérée. Nous recommandons expressément aux autres d'user le moins possible, leur représentant la ténacité des syphilides pituitaires et en outre le danger qu'il y aurait à exposer leur pharynx à une irritation secondaire.

Arrivons maintenant au point le plus important de ce chapitre, à celui qui regarde les dangers de la fumée de tabac. Si le chiqueur surtout et le priseur sont rares aujourd'hui, le fumeur constitue une grosse majorité. Eh bien! qu'arrive-t-il chez le fumeur à outrance? Une irritation de toutes les parties constituantes de la cavité buccale, de l'arrière-gorge, du larynx, de l'œsophage et de l'estomac. Le ptyalisme peut être aussi abondant que chez les chiqueurs. La pharyngite granuleuse est habituelle. Enfin, on a observé la surdité et une toux laryngée incessante.

La substance, presque uniquement malfaisante dans la fumée de tabac, est la nicotine. Heubel, Schlœsing, Dragendorff et Valentin Rosé l'ont mis hors de doute. N'y en a-t-il pas d'autres? Kissling, à Brême, qui a institué des expériences pour le savoir, a trouvé dans la fumée divers principes vénéneux: l'oxyde de carbone, le sulfure d'hydrogène, l'acide prussique et la picoline, corps isomère avec l'aniline. Mais ces substances sont en très faibles proportions et d'ailleurs leur extrême volatilité permet de les négliger au point de vue de leurs dangers réels. Gréhant avait bien tenté d'effrayer les fumeurs en cherchant à démontrer les périls que leur faisait courir l'oxyde de carbone. Mais le fait n'est pas exact. Le Bon, reprenant les expériences de Gréhant, est arrivé aux résultats suivants: pour produire une quantité nuisible d'oxyde de carbone dans une chambre cubant 30 mètres, et où l'air ne se renouvellerait pas par des fissures, il faudrait y fumer trente pipes, vingt-cinq cigares de 10 centimes ou deux cent cinquante cigarettes. A ce moment, la chambre contiendrait un nuage tellement épais qu'on serait obligé d'ouvrir toutes les fenêtres.

Ce n'est donc que par la nicotine que le tabac est nuisible. Il résulte en effet d'expériences dues à un chimiste distingué de Poitiers, Malaport, qu'il en passerait par la bouche d'un fumeur environ 9 0/0 du poids du tabac consommé par lui.

Aussi la bouche d'un syphilitique qui fume est-elle la proie de lésions spécifiques de toutes sortes. Durant la période secondaire, on y rencontre toutes les variétés de syphilides; plus tard, la glossite avec ses diverses modalités, des fissures, des rhagades très douloureuses qui sillonnent profondément la langue, gênent l'usage de la parole et la mastication et empoisonnent véritablement son existence. M. Fournier a parfaitement décrit ces lésions multiples, qui affectent la langue du syphilitique, adonné à la passion du tabac, lésions dont l'ensemble constitue ce qu'il a justement denommé glossite métisse.

Ce qu'il faut savoir, ce qu'il importe de répéter sans cesse au malade, c'est que s'il n'a pas le courage de mettre le cigare ou la cigarette de côté, il s'expose, dès le début de la période secondaire, à des poussées confluentes de syphilides buccales, à une ténacité désespérante des lésions, à des récidives presque fatales et cela en dépit du traitement le mieux institué, le plus régulièrement suivi, le plus longtemps continué. Croyant qu'il se mercurialise insuffisamment, il doublera les doses, au risque même de provoquer une stomatite grave et de détériorer ses voies digestives. Mais ses efforts seront vains; il n'aboutira que le jour où il aura proscrit le tabac et permis aux topiques légèrement caustiques et à la médication interne d'accomplir leur œuvre bienfaisante.

S'il persiste, malgré les exhortations de son médecin, c'est alors qu'il verra se développer, principalement à la langue, des lésions désormais irrémédiables. Renonçant plus tôt, il était en droit de tout espérer de la médication. A cette période, il n'y a plus rien à faire, même quand le tabac est mis radicalement de côté. Que tenter en effet sur des tissus chroniquement altérés dans leur texture, désorganisés, sclérosés, couverts de cicatrices, toujours prêtes à s'ulcérer à la moindre cause d'irritation. Ce n'est qu'à grand'peine que l'on arrive à soulager le malade porteur de lésions de ce genre. Mais le guérir, d'une façon même incomplète, on n'y parvient jamais.

La situation peut devenir plus grave encore. Gare

Digitized by Google

aux malheureux syphilitiques, prédisposés au cancer! C'est une épée de Damoclès, dont la menace est constante. La langue change alors d'aspect, l'épithélioma, sollicité *loco dolenti*, se substitue à la syphilis et l'intervention chirurgicale s'impose avec toutes ses conséquences prochaines et éloignées.

Que devrons-nous donc prescrire au syphilitique qui a l'habitude de fumer? S'il est jeune et qu'il ait encore peu usé du cigare ou de la cigarette, il faut l'arrêter net sur la pente, l'adjurer de renoncer complètement, et même pour toujours, sauf de rares exceptions, à son funeste penchant, en prévision des accidents que nous avons longuement énumérés plus haut et qu'il sera bon de lui faire connaître.

Est-il au contraire un fumeur endurci? S'est-il créé un besoin irrésistible? Ne peut-on espérer que des concessions, encore bien difficiles à arracher? Voici les recommandations qu'il importera de lui faire. Nous les empruntons au Dr Pécholier :

1° Ne jamais fumer à jeun ou avant les repas, de crainte de dyspepsie, non plus que dans sa chambre à coucher ;

2° Ne pas consommer plus de deux ou trois cigares par jour ou leur équivalent en pipes ou en cigarettes : un cigare après chaque repas.

3° Choisir des pipes à longs tuyaux ; interposer entre le cigare et la cigarette d'une part, les lèvres et la bouche de l'autre un tube en ambre et en bois. Cette recommandation est plus utile encore pour la cigarette, dont le papier laisse trop souvent à désirer.

4° Jeter cigares et cigarettes dès qu'ils auront été aux trois quarts fumés. La raison en est que la nicotine, qui ne se vaporise qu'à 250°, se redépose promptement, dès qu'elle a franchi le fourneau incandescent.

5° Cigares ou cigarettes, enfin, ne doivent pas être rallumés, à moins qu'ils ne viennent de s'éteindre. Car la nicotine, qui s'est déposée par le refroidissement, est attirée directement dans la bouche et y produit les désordres que l'on connaît.

Pour en finir avec les prescriptions fondamentales à édicter aux syphilitiques, il nous reste à dire quelques mots des soins de propreté et du surmenage physique et intellectuel.

Déjà, dans un premier article publié cette année dans le numéro 20 de la *Revue de Clinique* et relatif à l'hygiène du syphilitique au début de sa maladie, pendant la période du chancre, j'ai insisté sur la nécessité de prendre des soins minutieux de propreté. Par la malpropreté, disais-je, le chancre syphilitique, qui a une tendance naturelle vers la guérison, persiste au delà de ses limites ordinaires et peut même se compliquer d'accidents imflammatoires.

Les recommandations d'alors trouvent encore mieux leur application aux périodes secondaire et tertiaire de la maladie. Chez les femmes surtout, dont les seins sont souvent volumineux, dont les organes génitaux sont généralement baignés par des liquides plus ou moins irritants, une minutieuse propreté est absolument de rigueur. Que voit-on autrement, des syphilides suintantes dans le creux axillaire, dans le sillon plus ou moins profond qui sépare les seins des téguments de la paroi thoracique, des syphilides végétantes énormes au niveau de la vulve et au pourtour de l'anus. Ces productions entravent la marche, gênent la défécation, exhalent une odeur infecte et font des malades un objet de répulsion.

Chez les hommes qui marchent beaucoup et transpirent aisément des pieds, il n'est pas rare de trouver entre les orteils des syphilides érosives ou ulcéreuses, qui exalent aussi une puanteur excessive.

Comment prévenir ces accidents et y remédier, quand, par suite de la négligence ou de la misère, ils se sont produits?

Deux moyens possèdent une efficacité merveilleuse : la balnéation et l'isolement des parties malades.

Les bains constituent assurément un procédé excellent. Il s'agit, bien entendu, de bains généraux tièdes, d'eau simple ou additionnée d'amidon ou de son. En détergeant la surface de la peau dans sa totalité, ils la débarrassent des impuretés, qui peuvent irriter les parties malades et prédisposer à l'exubérance des lésions. Ces bains devront être fréquemment renouvelés ; le mieux sera d'en prendre trois par semaine, d'une durée moyenne de trois quarts d'heure chacun.

Quant aux bains de Barèges, à l'hydrothérapie et au traitement hydro-minéral, ils s'adressent à des indications spéciales, qui ne relèvent plus de l'hygiène, mais de la thérapeutique et sur lesquelles nous n'avons pas à insister ici.

Chez la femme spécialement, indépendamment des bains, des injections vaginales d'eau boriquée tiède ou de solution de chloral à la dose de 2 0/0 doivent être faites matin et soir.

Quand la vulve surtout est couverte de syphilides, ses parties constituantes, je le répète, doivent être tenues avec une propreté méticuleuse, sous peine de voir les lésions devenir végétantes et acquérir des proportions, qui, dans certains cas, deviennent gigantesques. Il y a plus, au voisinsge des parties malades, des végétations véritables peuvent se développer, par le fait même du défaut de propreté, devenir confluentes et acquérir également des proportions énormes.

L'isolement des surfaces malades est non moins important que la balnéation. Qu'il s'agisse de l'homme ou de la femme, il faut se garder de laisser en contact des lésions suintantes. Autrement c'est le meilleur moyen de les entretenir, de les aggraver et même de provoquer des troubles fonctionnels, la gêne de la marche par exemple, quand les syphilides occupent les intervalles des orteils.

Pour réaliser cet isolement, il suffit d'une simple poudre inerte ou légèrement astringente, telle que l'amidon, la poudre de lycopode, de talc, de tannin ou encore une légère couche d'ouate antiseptique, ces simples moyens sont à la fois prophylactiques et curatifs, le cas échéant, et on est étonné de la rapidité avec laquelle ils agissent, quand on les emploie avec méthode et régularité.

J'ajouterai que la poudre ou l'ouate doivent être renouvelées tous les jours, après avoir, au préalable, lavé et asséché les parties.

Digitized by Google

En vérité, il nous reste peu de chose a dire, en terminant, des effets déplorables produits par les fatigues excessives, les surmenages de toutes sortes, les influences morales dépressives. Il est clair que tout ce qui peut débiliter l'organisme et amoindrir ses forces de résistance est une cause de vérole grave, fertile en manifestations malignes précoces, en accidents nerveux redoutables. Telle est la syphilis des mondains, prédisposés déjà par une constitution souvent délicate originairement et épuisés par les excès de coït, la débauche, les émotions du jeu et les nuits blanches. On s'explique aisément qu'il en soit ainsi, quand on se rappelle les troubles nutritifs et l'hypoglobulie provoqués par la vérole.

Enumérer ces facteurs de gravité, c'est du même coup en indiquer le remède. Il se résume d'un mot: suppression des causes d'épuisement, d'où qu'elles viennent. Ainsi, par exemple, les hommes qui se livrent aux travaux de l'esprit, dont le cerveau fonctionne à jet continu, souvent même au détriment de leur estomac et de leur nutrition, ces hommes, dis-je, ont le devoir d'enrayer. Autrement la syphilis pourrait atteindre leur cerveau dont l'état d'éréthisme constant constitue un *locus minoris résistentiæ* ; les preuves n'en manquent pas. Assurément, de tous les accidents de la vérole, les manifestations cérébrales sont les plus graves. Il peut même arriver qu'elles se terminent fatalement. Mais si cette issue est heureusement exceptionnelle, le plus souvent elles guérissent incomplètement et peuvent laisser un affaiblissement des facultés psychiques ou encore des paralysies irrémédiables.

Il est donc indispensable de recommander au malade de s'arrêter court dès qu'il ressent la moindre fatigue cérébrale. Sans vouloir limiter ici le nombre d'heures qu'il doit consacrer au travail intellectuel, la capacité psychique de chaque individu étant essentiellement variable et subordonnée à l'entrainement, l'indication de la suspension immédiate doit être la sensation de chaleur à la tête et surtout de constriction des tempes.

L'état fluxionnaire qui existe alors ne doit pas être dépassé et le malade est mis en demeure d'attendre, pour se remettre à la besogne, que sa face, devenue animée, reprenne sa coloration habituelle et que sa tension cérébrale ait totalement disparu. Persister serait se mettre en état d'imminence morbide; réitérer aboutirait au même résultat.

En résumé, les considérations auxquelles nous nous sommes livrés au cours de ce travail, démontrent l'importance de l'hygiène à toutes les périodes de la syphilis. Il appartient au médecin, il est de son devoir de le déclarer hautement. Beaucoup de malades, rassurés par la bénignité des accidents initiaux, s'imaginent qu'une médication interne suivie souvent à bâtons rompus et d'une façon fort incomplète, est amplement suffisante; qu'ils se détrompent. On ne saurait trop leur répéter que la syphilis est une maladie foncièrement perfide, qui soudain vous attaque après de longues années d'accalmie apparente et cela souvent à l'occasion de fautes hygiéniques graves qui ont permis au virus de reprendre l'offensive. Cette façon de comprendre le réveil des germes pathogènes, si elle n'est pas prouvée mathématiquement, est tout au moins parfaitement rationnelle et trouve sa justification dans les faits.

En présence des périls dont il ne cesse d'être entouré pendant de longues années, nous dirons donc au syphilitique, que s'il garde la liberté d'user de tout, il doit être sobre en tout. L'excès, d'où qu'il vienne, lui est formellement interdit. Car, s'il peut, à un moment donné, abandonner la médication, s'il est parvenu, par l'administration prolongée des spécifiques, à neutraliser les germes pathogènes, il ne saurait se flatter de les avoir anéantis pour toujours. Or, on sait, de par l'expérience que l'obstacle le plus puissant à leur réveil est une hygiène sagement entendue et surtout fermement pratiquée. S'il en est ainsi, vous médecin, serez en droit de rassurer votre malade pour le présent et de le tranquiliser pour l'avenir. Bien rares, en effet, sont les syphilis qui résistent à un traitement méthodiquement administré et suffisamment prolongé, quand celui-ci est secondé pour le présent et surtout pour l'avenir par des pratiques d'hygiène, qui sauvegardent la résistance organique.

Dr Alex. Renault
Médecin de l'hôpital Pascal-Lourcine.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

CHIRURGIE

Absence de rectum. Opération, par M. Jondeau.— L'auteur fut appelé le soir du cinquième jour après la naissance, auprès d'un garçon qui n'avait pas encore eu de garde-robe et qui, depuis deux jours, présentait des vomissements fréquents. Il fut facile de constater un vestige d'anus, et une imperforation complète de ce conduit. Etant donné l'état grave de l'enfant, M. Jondeau pratiqua immédiatement l'opération pour retrouver le bout inférieur du rectum. Une incision demi-circulaire fut faite autour de la moitié postérieure du sphincter de l'anus; celle-ci permit de constater l'absence complète de rectum. Une nouvelle incision partant du milieu de la précédente et se dirigeant vers le coccyx, ouvrit la cavité péritonéale et confirma l'absence de rectum. Il saisit alors une anse intestinale avec laquelle il fit un anus artificiel fixé au périnée. Une abondante quantité de matières s'écoula par l'orifice et l'enfant devint plus calme. Néanmoins, il succomba trente-six heures après l'opération (*Revue des mal. de l'enfance*, octob. 1891).

En l'absence d'autopsie, M. Jondeau pense que la portion terminale du gros intestin avait été frappée d'un arrêt de développement et que le rectum n'existait pas. Ces cas sont toujours graves ; la conduite à tenir est extrêmement difficile. La plus simple, ainsi que le recommandaient Amussat, Malgaigne, Nélaton, est d'aller à la recherche du gros intestin par une incision périnéale médiane, et d'établir dans cette région un anus artificiel. Cette intervention doit être pratiquée à une époque aussi rapprochée que possible de la naissance pour avoir les meilleures chances de succès.

H. M.

Sur les arthrites à pneumocoques, par MM. Macaigne et A. Chipault.— Dans la première observation, il s'agit d'une femme de 60 ans, atteinte de pneumonie droite, et d'épanchement du genou droit. La région présentait un fort gonflement de la dilatation veineuse sans rougeur, de la fluctuation, pas d'œdème du membre, peu de douleurs. Le pus renfermait exclusivement des pneumocoques. (*Rev. de med.* 10 sept. 1891).

Digitized by Google

Le pus se reformant, le membre s'œdématia; on fit l'arthrotomie antiseptique et le nettoyage de l'article. Au bout d'un mois, les pansements furent supprimés et l'appareil enlevé. Pneumocoques dans le pus.

Les auteurs rappellent les cas déjà publiés. L'arthrite pneumococique respecte plus ou moins l'os et le cartilage; c'est une arthro-synovite pouvant se compliquer de périarthrite. Quelques particularités la différencient des autres arthrites. Pas de localisation spéciale, pas de grande élévation de température, pas de rougeur prononcée, un œdème étendu, blanc, dépressible; une douleur très modérée. H. G.

Traitement des ulcères par la chaleur, par M. Stépanoff. — Au préalable, on applique sur l'ulcère des compresses d'eau boriquée, puis on place sur le point lésé des sacs en caoutchouc remplis d'eau chaude. Ces sacs doivent être remplacés d'heure en heure à peu près, et l'eau doit être aussi chaude que possible. Le traitement doit être continué pendant 8 à 9 heures (*Bullet. gén. de thérap.* 15 sept. 1891).

Les conclusions de l'auteur se résument ainsi : tous les ulcères, d'origine syphilitique ou non, cèdent à ce traitement par le calorique. Les phénomènes circulatoires se régularisent et la nutrition des tissus affectés se rétablit; les stases sanguines disparaissent et le processus s'arrête; enfin, avec quelques précautions, on ne détermine aucune irritation de la peau.

P. C.

MÉDECINE

Elimination des produits toxiques dans la fièvre typhoïde suivant les divers traitements, par MM. G. Roque et E. Weill. Juger la valeur d'un moyen thérapeutique par la statistique n'est pas un procédé aussi rigoureux qu'on pourrait le penser; c'est ce que croient les auteurs. Aussi ont-ils songé à baser leur appréciation sur l'expérience physiologique.

Ils ont commencé par établir, en réunissant les résultats tronqués fournis par beaucoup de malades à ceux qu'ils ont trouvés chez un autre, observé pendant toute la durée de l'affection, un espèce d'étalon, de schema général de la toxicité des urines pendant le cours de la fièvre typhoïde indemne de tout traitement. (*Revue de méd.*, 10 sept. 1891).

Dans ces conditions la toxicité de l'urine double; le coefficient urotoxique (rapport entre la quantité d'urine des vingt-quatre heures divisée par le poids du sujet et le poids d'animal, en kilogrammes, tué par l'injection de cette urine) passe de 0,863 à 0,560 et 0,870. Cette hypertoxicité survit à la période fébrile jusque même après la convalescence. Le degré thermique, la quantité d'urine, la présence de l'albumine n'ont pas une influence spéciale sur ce phénomène.

MM. G. Roque et E. Weill ont examiné ce qui se passe lorsque les typhiques sont soumis soit au traitement par la méthode de Brand soit à celui par l'antipyrine.

Chez les premiers, la toxicité urinaire dépasse de beaucoup celle qui existe chez les malades non traités jusqu'à six fois, 2,581 par exemple, tant que durent les deux premières périodes fébriles, oscillations ascendantes et stationnaires, mais cette toxicité disparaît beaucoup plus vite au moment de la convalescence, où elle redevient normale. Ces variations n'ont aucun rapport précis, ni avec la quantité d'urine, ni avec l'absence ou la présence de l'albuminurie.

Les bains froids n'empêchent pas les toxines de se former, mais favorisent leur élimination au fur et à mesure de leur fabrication. Leur emploi peut donc se recommander comme un bon traitement éliminateur.

Chez les malades qui recevaient l'antipyrine, le coefficient uro-toxique baissait, parfois jusqu'au-dessous de la normale 0,912, sans qu'il se montre pour cela des signes de rétention des produits dans le sang; mais le chiffre s'élève pendant la convalescence et cette élévation se prolonge longtemps, avec un coefficient maximum observé de 1,753.

La quantité d'urine ou l'albuminurie n'influençaient pas forcément dans un sens les résultats particuliers.

L'antipyrine semble donc neutraliser les toxines, mais ne pas les éliminer, ni en diminuer la quantité.

Malgré l'état satisfaisant apparent des malades soumis à la médication par l'antipyrine, malgré l'avis de certains thérapeutistes, l'antipyrine ne constitue pas un bon médicament dans les états infectieux, les conclusions de MM. Roque et Weill confirment celles de M. Alb. Robin (1) qui accusent cette substance d'agir dans le sens de la maladie; la quantité d'urine, la quantité des matières solides, l'urée, l'azote total, le chlore, l'acide phosphorique, l'acide sulfurique total sont tous excrétés en moindre proportion qu'à l'état normal.

H. G.

Origine microbienne de l'angine folliculaire par M. Sendtner. — Déjà Fraenkel, Seifert et autres ont considéré cette maladie comme une infection aiguë, à marche cyclique et de caractère épidémique. Il manquait une détermination du microbe ou des microbes qui la produisent. (*Munch. med. Woch.*, juin 1891, p. 26).

M. Sendtner a pu la trouver dans quatre cas sous la forme d'un streptocoque dont les caractères sont analogues à ceux du streptocoque de l'erysipèle et de celui de la suppuration. En attendant une vérification de ces recherches on pourrait d'ores et déjà admettre une infection à streptocoques dans les cas de septicémie postangineuse ou d'angines infectieuses.

S. R.

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

MÉDECINE

Traitements de la fièvre typhoïde

par M. le Dr F. Coutenot (2)

Professeur de clinique interne à l'Ecole de médecine de Besançon

Traitement par la quinine. — La quinine est la substance qui, en réunissant tous les titres, réunit aussi toutes les faveurs. Son emploi est journalier dans la pratique typhoïde comme antithermique, antiseptique, antipériodique et névrosthénique.

Technique du traitement quinique. — Sulfate, bromhydrate, rarement le salicylate.

Formule Jaccoud : Bromhydrate, 2 gr. par fractions de 50 cent.
Le deuxième jour, 1 gr. seulement.
Le troisième jour, 50 cent.
Cesser pendant deux ou trois jours, puis reprendre.

Formule Pécholier : 80 cent. à 1 gr. pendant la période d'augmentation et d'état, puis décroissance de la dose jusqu'à défervescence complète.

Les rémissions sont le criterium de l'administration quinique. L'oscillation physiologique étant de 0°8 à 1°, l'oscillation pathologique de 0°8 à 1° est régulière, seulement elle est à l'étage supérieur de l'échelle. Si l'oscillation n'est que de 0°5 et surtout moins de 0°5, la ligne est un plateau et la situation est grave, même lorsque le soir elle ne dépasserait pas 39° ou 40°.

(1) Voir : *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 7 déc. 1887.

(2) Suite. Voir : n° 42, p. 662.

Digitized by Google

Si la rémission a eu lieu le soir, donner la quinine le soir, pour agir sur la température du matin.

Comme *névrosthénique*, nous le prescrivons à la dose quotidienne de 80 cent.; 40 cent. entre dix et onze heures, 40 cent. entre quatre et cinq heures.

TRAITEMENT PAR LE SEIGLE ERGOTÉ. — Nous croyons devoir parler de ce traitement, parce qu'il a été accueilli avec quelque faveur dans le Midi.

Duboué (de Pau) l'a préconisé à la fois comme curatif et abortif (1878). Suivant lui, le poison typhique a une action paralysante ou au moins débilitante sur les muscles et les éléments contractiles du cœur, des artères et des capillaires; action capable de faire naître les symptômes analogues à une sorte d'asphyxie (vertiges, bourdonnements, sensation de brisements) dépendante du ralentissement du cours du sang et des stases sanguines dans le réseau capillaire. Les muscles de la vie de relation seraient également atteints (fatigue, l'un des premiers symptômes). Le poison est donc musculaire et myoparalytique (1).

L'indication est donc de rendre incessamment au liquide sanguin la vitesse qui lui manque; toute la fièvre typhoïde se résumant, en dernière analyse, à une parésie vasculaire et à des symptômes d'asphyxie des tissus. Contre ce iatro-mécanisme, le moyen est l'ergot de seigle comme agent excito-moteur et vasculaire, supérieur à l'eau froide, à la quinine, aux préparations salicylées, etc. Toutes les formes typhoïdes seraient justiciables de ce traitement, mais le succès exige de le commencer dès le début; la durée de la maladie ne serait pas diminuée, seulement il y aurait atténuation des symptômes, surtout de la diarrhée, de la température et de l'état du pouls. Son emploi serait facile et d'une grande innocuité. Les statistiques de Duboué, et de M. Grillière (2) sont toutes deux en faveur de la méthode.

Nous ne voyons là qu'un élément du mal combattu, et il y a loin pour que nous reconnaissions à ce traitement une valeur qui permette de le systématiser. J'avoue n'avoir jamais été tenté de l'appliquer.

Tchnique de Duboué. — Le mode d'administration du seigle ergoté est de 1 gr. 50 à 3 gr. pour un adulte, par jour, en quatre à six fois, en poudre ou en suspension dans l'eau, le sirop, le vin, le lait ou le bouillon.

Traitement de dix à douze jours consécutifs, et plus, diminuant les doses pendant la convalescence.

La diététique consiste à nourrir les malades.

TRAITEMENT PAR LA DIGITALE. — Hirtz, en donnant chaque jour la digitale en infusion d'un gramme, cherchait à augmenter l'énergie des contractions cardiaques en les ralentissant et subsidiairement en tonifiant les parois artérielles; l'abaissement de la température existe aussi, mais d'une manière passagère; comme diurétique, la digitale augmente un peu l'uxcrétion de l'urée et des matières solides de l'urine. Voilà toute son action physiologique.

(1) Voir: *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1888, le travail du regretté Duboué, sur l'emploi thérapeutique du seigle ergoté.

(2) GRILLIÈRE. (Thèse de Paris, 1884).

C'est au deuxième septenaire, quand la faiblesse du cœur et du pouls accusent une insuffisance fonctionnelle, qu'on peut l'utiliser; au troisième même, lorsqu'il faut venir en aide au myocarde. On doit ne pas trop insister, suspendre, et n'y revenir que quelques jours après, dans la crainte d'un emmagasinement; surveiller en même temps la quantité d'urines émises et s'assurer que les reins ne restent point congestionnés ou altérés. Hirtz, à la Clinique de Strasbourg, donnait chaque jour une infusion d'un gramme de digitale, et quand les vomissements, les nausées, les stases pulmonaires apparaissaient, il la remplaçait par le thé et le café.

Dans les périodes avancées, si on suppose que le myocarde a éprouvé quelque dégénérescence, il y a lieu de redouter l'action de la digitale, l'affaiblissement cardiaque pouvant s'exagérer sous l'effort du médicament; les troubles gastriques, les nausées, les vomissements, les stases pulmonaires en contre-indiquent aussi l'emploi.

Bernheim, qui a si bien étudié l'action de la digitale au point de vue antipyrétique dans la fièvre typhoïde, lui reconnaît ce pouvoir; mais, pour son emploi, il veut que le cœur soit bien sain et qu'on la suspende au moindre soupçon de collapsus. On voit par là que cette médication est plus dangereuse qu'utile.

(A suivre).

FORMULAIRE DU PRATICIEN

DERMATOLOGIE

I. **Lotion contre l'eczéma vulvaire.** — Lusch, qui prescrit souvent cette préparation, en a obtenu de grands succès :

Teinture d'opium	ãã	8 grammes
Bicarbonate de soude		
Bicarbonate de potasse		4 —
Glycérine neutre		6 —
Eau distillée		250 —

Pour une solution. En lotions chaudes le matin et le soir.

Après chaque lotion, soupoudrer avec le mélange suivant :

Amidon finement pulvérisé	49 parties
Camphre finement pulvérisé	1 —

II. **Le liniment siccatif de Pick.** — En voici la préparation :

Gomme adragante pulvérisée	5 grammes

Ajoutez, en triturant et par petites quantités:

Eau distillée	98 grammes
Glycérine	2 —

F. s. a. à froid ou mieux à chaud.

Usage: véhicule pour les médicaments solubles ou non : baumes, huiles, poudres, etc. L'employer en minces couches de rapide dessication. L'absorption de ces médicaments est faible, mais l'enduit protecteur obtenu est résistant.

On fait disparaître cet enduit par des lotions à l'eau tiède.

Digitized by Google

MALADIES DES ENFANTS

III. **Mixture contre la laryngite striduleuse.** — Elle a le chloroforme pour agent actif et se formule ainsi :

Chloroforme pur.....	V à X gouttes
Glycérine.....	5 grammes
Eau distillée.....	25 —

Dose : une cuillerée à café, de demi-heure en demi-heure, jusqu'à disparition du spasme.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

IV. **Pansement des gerçures du mamelon.** — Voici la technique recommandée par Hirst :

1° Onctions sur le mamelon, après la tétée, avec l'onguent riciné au bismuth :

Huile de ricin..... } àà 1 partie
Sous-nitrate de bismuth..... }

2° Dans les cas d'inflammations et de douleurs vives, on lui substituera momentanément des applications d'un topique à l'extrait de saturne et à l'opium.

N. D.

CHRONIQUE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

L'avancement des médecins de la marine. *Corps de santé colonial et corps de santé métropolitain. — L'obstruction des cadres. — Les réformes nécessaires.*

Un profond découragement règne dans le corps de santé de la marine. Ce n'est mystère pour personne, pas même dans les bureaux de la rue Royale, où il y a, dit-on, cependant, à tort je pense, des administrateurs toujours satisfaits qui, par suite, ne comprennent guère que leurs administrés ne le soient pas.

Quelle est l'origine de ce découragement? Quels en seraient les remèdes ? Voilà ce que nous avons demandé à un grand nombre de nos confrères de la marine. Voici le résultat de notre enquête.

Il y aura tantôt deux années le *Bulletin officiel du Ministère de la Marine* publiait le décret constitutif d'un corps de santé colonial. C'était l'une des conséquences du rattachement des services coloniaux au Ministère du Commerce et de l'Industrie.

Le besoin de créer un cadre de médecins coloniaux était urgent, paraît-il. Jusque là, rien à dire. Mais où le recruter ?

Parmi les médecins civils? On le proposa ; mais on recula, fort heureusement, devant cette proposition. Ce projet consistait, en effet, à méconnaître d'un cœur léger et à effacer d'un seul coup de plume les droits acquis et les services rendus.

On se décida à prendre le nouveau cadre dans le corps de santé de la marine. Excellente intention. On choisit donc.

Les choix furent-ils toujours heureux ? Comment se firent-ils? Pour le moins, ont-ils été conformes aux droits de l'ancienneté et à la stricte équité ? Tout cela est délicat à dire et, à l'heure actuelle, inutile à discuter.

Un coup d'œil sur le cadre colonial et sur l'*Annuaire de la Marine* permet de mesurer la légitimité des doléances de nos confrères, tout en évitant des personnalités, à mon avis, toujours regrettables.

Sur la liste d'ancienneté des postulants au cadre colonial, on choisit, non pas toujours les plus anciens, mais les plus jeunes des médecins principaux et des médecins de 1re classe. C'est ainsi qu'à des médecins de 1re classe des promotions 1877 et 1879, on préféra leurs camarades de 1883. Questions de béquillage ; dans la marine on dit comme cela.

On vit, par un même décret, M. X... obtenir le principalat des colonies, et son ancien, M. Y..., rester médecin de 1re classe, en passant de la marine aux colonies. Aussi, un journal politique, qui, Dieu merci ! n'est pas hostile, le *Temps*, a pu écrire : « Beaucoup de titulaires, pour ne point dire le plus grand nombre, ont été nommés d'une façon arbitraire. Ils ont bénéficié de protections puissantes, en sorte que des inférieurs en grade sont devenus, du jour au lendemain, des supérieurs ».

Quelles sont les conséquences de ces mesures ? Déchargé du service colonial, le corps de santé métropolitain a ses cadres encombrés et son avancement arrêté. Pourquoi? Parce que le nombre des médecins principaux et des médecins en chef, demeurant le même, les vacances ne se produiront plus dorénavant parmi ces derniers, que par décès ou limite d'âge.

On promit, il est vrai, — que ne promet-on pas ? — la réduction future du cadre de ces médecins (15 médecins en chef au lieu de 21 et 51 médecins principaux au lieu de 61, chiffres qui, en janvier dernier, figuraient sur la liste du personnel en activité et qui, sans doute, y figurent encore aujourd'hui).

Il faudrait une longue série d'années pour arriver à ces chiffres. Pendant ce délai, quelle est et quelle sera la situation des 200 médecins de 1re classe du corps métropolitain ?

On promit aussi de ne plus combler dorénavant qu'une vacance sur deux : c'était un pis aller encore préjudiciable à nos confrères, puisqu'il ralentissait leur avancement.

A-t-on exécuté cette promesse ? Il est difficile de s'en rendre compte. L'eût-on fait, hypothèse irréalisable, il aurait fallu nommer chaque année six médecins principaux pour réduire à 17 années en moyenne le séjour dans le grade de médecin de 1re classe. En vérité ce résultat ne serait point brillant.

Eh bien! c'est encore une illusion ! Les médecins principaux et les médecins en chef ne s'en allant plus, il ne se produit plus de vacances et les médecins de 1re classe demeureront dorénavant entre 20 et 30 années dans ce grade subalterne. Quelle perspective ! C'est la ruine de leur carrière.

En voici la preuve : la limite d'âge est de 62 ans pour les directeurs, de 60 ans pour les médecins en chef et de 58 ans pour les médecins principaux. Or, le directeur le plus âgé est né en 1826 et le plus jeune en 1832. Le médecin en chef le plus jeune est de 1845 et le plus vieux de 1832 ; enfin le médecin principal le moins âgé est de 1859 et le plus âgé de 1836. Voilà l'expression mathématique du fait brutal que je signalais plus haut. Désormais les médecins principaux et les médecins en chef se retireront à la limite d'âge. De plus ils posséderont des chances plus grandes de survie puisqu'ils ne

Digitized by Google

séjourneront plus aux colonies. Dès lors quel sera le triste sort d'un médecin de 1re classe figurant sur les listes d'avancement avec les numéros 100, 150 et 200 ? C'est l'enrayement de tout avancement.

Jusqu'à présent, ils pouvaient espérer le principalat après environ 12 années dans le grade de médecin de 1re classe. A l'avenir vingt années suffiront à peine pour obtenir le quatrième galon ! Autant avouer par décret que le grade de médecin de 1re classe, c'est-à-dire de lieutenant de vaisseau, sera dorénavant le bâton de maréchal de l'immense majorité des médecins de la marine !

Et cependant, tout le monde le reconnaît, les médecins de 1re classe — c'est l'expression officiellement consacrée, — « constituent la cheville ouvrière du corps de santé de la marine ».

Est-ce tout ? Non : après l'arbitraire, le privilège. La dépêche ministérielle du 8 mars 1890 n'autorise-t-elle point, — « sous certaines conditions » — tellement vagues que ce document ne peut les préciser, — la rentrée avec « leurs grades » — des médecins coloniaux dans le cadre métropolitain.

Quel avenir plein d'étranges surprises !

On verra donc des médecins coloniaux rentrer dans le cadre métropolitain « avec des grades » acquis en dehors du décret du 24 juin 1886, qui règle l'avancement dans le corps de santé de la marine. Du coup, par un tour de passage, fort habile, à travers le cadre colonial, les inférieurs d'hier se trouveront, dans la hiérarchie de demain, au-dessus de leurs égaux et même de leurs anciens supérieurs !

Est-ce tout ? Non ! cela suffit cependant pour mériter l'attention du Parlement et du Ministre libéral chargé du département de la marine. Il est temps pour eux de faire la lumière sur cette question, qui est si soigneusement et si systématiquement laissée dans l'ombre par certains personnages et... pour cause.

En résumé, les griefs de nos confrères de la marine sont les suivants.

Ils ne se plaignent point, comme on l'a insinué à tort, de la création du cadre colonial puisqu'il en fallait un. Ils regrettent seulement qu'on ait crû devoir le faire sur leur dos et à leur détriment.

Ils éprouvent, je le répète, un découragement profond. Ce sentiment fâcheux inspirera, c'est à craindre dans l'intérêt du service, des retraites prématurées après vingt-cinq années de service et avec la modique pension de 2,750 francs par an?

Est-ce l'éventualité que l'on escompte pour obtenir la désobstruction des cadres?

D'aucuns l'affirment. Eh bien ! non, je me refuse à y croire. Un procédé aussi adroit ne serait ni équitable, ni digne d'un gouvernement libéral. L'Etat qui en ferait usage manquerait aux engagements qu'il a contractés vis-à-vis de nos confrères entrant à son service.

Ce serait une faillite morale et, nous en avons la conviction, un gouvernement sincèrement démocratique ne l'acceptera jamais.

D'ailleurs, le mal est-il sans remèdes? Non. Pour rendre courage et justice à nos confrères, que faut-il ? L'adoption rapide et l'exécution loyale des mesures réparatrices suivantes :

1° Admissibilité, sur demande et après quinze années de service, à la retraite proportionnelle ;

2° Attribution à ceux qui, volontairement, se retireront, après vingt-cinq ans de service, de la retraite du grade immédiatement supérieur ;

3° Abaissement de la limite d'âge, pour atténuer l'encombrement, accélérer l'avancement et assurer le rajeunissement dans les cadres.

Ces mesures ne sont point subversives, et le moins progressiste des fonctionnaires de la rue Royale ne doit point s'en alarmer ; ce sont elles que l'on veut appliquer au personnel navigant.

Refuser aux médecins ce que l'on concède aux officiers de vaisseau ? Allons donc ! Epreuves climatériques, fatigues de navigation, risques de guerre et, en plus, d'épidémies..., tout leur est commun. Nos confrères considèrent comme un patriotique honneur cette égalité dans le devoir et devant le danger. Nous voulons encore espérer avec eux qu'un ministre dont on connaît l'équité et un Parlement si soucieux des intérêts militaires du pays, ne leur dénieront point la même équivalence dans leur avancement et dans leurs légitimes espérances professionnelles ?

CH. ELOY.

REVUE DES LIVRES

Traité théorique et pratique du massage, par M. NORSTRŒM. — Paris, 1891.

Il m'est difficile d'analyser en quelques lignes une œuvre d'une telle importance scientifique. Notre très distingué confrère partage avec Estradère le mérite d'avoir été le vulgarisateur par excellence de procédés aujourd'hui très acclimatés en France, après avoir été passablement dédaignés tout d'abord par le public médical.

Nous dirions volontiers à notre confrère que son nouveau livre comble très brillamment une importante lacune. Jusqu'à ce jour, les traités de massothérapie se bornaient à énumérer sèchement la plupart des cas justiciables de la méthode, mais sans permettre au lecteur de suivre pas à pas les progrès accomplis par l'opérateur du début à la fin d'un traitement. En cela, le travail de Norstrœm complète, dans le domaine de la clinique, l'ouvrage très théorique d'Estradère.

Tout en rendant très loyalement à chacun la part qui lui revient dans l'œuvre commune, notre confrère met clairement en lumière sa manière de procéder, ses résultats personnels. Après avoir longuement traité la question de l'application du massage aux maladies articulaires (entorse, arthrite, hydarthrose), Norstrœm déclare ne pratiquer le massage, dans le traitement des manifestations goutteuses, que seulement une fois l'attaque de goutte finie. D'autre part, il se garde de trop promettre quant aux résultats du massage appliqué au traitement de l'arthrite déformante ; ce sont là de précieuses notions que les trop nombreux et exotiques comparses de l'art, dépourvus de toute connaissance scientifique, feront bien de méditer.

Après nous avoir montré les bons effets du massage dans le cas d'ankyloses fibreuses à leurs divers degrés, les maladies inflammatoires, diathésiques et secondaires des jonctions, Norstrœm passe en revue l'histoire des périarthrites et des hydarthroses.

L'étude du traitement des fractures par le massage est fort complète ; l'auteur montre quelles phases scientifiques cette efficace application du massage a traversées.

Digitized by Google

Lorsque, en 1884, j'entrepris le premier, dans le service du Dr Duplay et dans ma pratique, des recherches sur ce sujet, recherches dont j'exposai les résultats dans une leçon publique à l'hôpital Bichat (la même année, service du Dr Huchard), j'étais loin de me douter de l'accueil si favorable que le public médical ferait un jour à cette innovation, depuis vulgarisée, mais non créée par M. Lucas Championnière, dont les publications ne remontent qu'à 1886. (1)

Dans la dernière partie de son travail, le Dr Norstrœm traite les diverses applications de la massothérapie aux maladies des muscles, des nerfs, du tube digestif, de l'utérus et de ses annexes, avec la grande autorité scientifique qu'on lui connaît.

Dr Georges Berne.

REVUE DES CONGRÈS

2me Session triennal du Congrès des médecins et chirurgiens américains (2)

(Tenu a Washington du 22 au 25 septembre 1891)

I. *Traitement de l'empyème aigu et chronique.* — II. *Folie consécutive aux opérations gynécologiques.* — III. *Avantages des mélanges de narcotiques dans la chirurgie gynécologique.* — IV. *Hémorrhagies accidentelles pendant la première partie de l'accouchement.* — V. *Emploi de l'acide salicylique dans le traitement de certaines formes de cystite.* — VI. *Cancer du col de l'utérus et son traitement.* — VII. *La vaseline dans la conjonctivite blennorrhagique.* — VIII. *Le diabète sucré de la grossesse.* — IX. *Traitement de l'alopécie.* — X. *La brachycardie dans le rhumatisme articulaire aigu.*

I. **Traitement de l'empyème aigu et chronique.** — Le Dr Richardson, qui fait une communication a ce sujet, estime que le drainage antiseptique ou aseptique a la plus grande importance. Ce qu'il faut obtenir en pareil cas, c'est l'expansion du poumon, et c'est le drainage qui remplit le mieux ce but. L'empyème est une affection essentiellement chirurgicale. Le procédé opératoire de l'auteur consiste surtout à assurer un drainage efficace, par des précautions d'asepsie et d'antisepsie.

Vingt quatre heures à l'avance, le champ opératoire est lavé avec une brosse dure, de l'eau et du savon, puis on laisse pendant douze heures des compresses d'eau chaude, que l'on fait suivre de compresses imbibées d'une solution de sublimé qui devront rester en place jusqu'au moment de l'opération. Il semble préférable de ne pas faire d'anesthésie générale qui empêche la toux volontaire du malade, toux très utile pour faire sortir le pus et dilater le poumon. On choisit d'ordinaire pour faire l'incision le cinquième ou sixième espace intercostal dans la ligne axillaire. Du côté gauche on peut objecter la proximité du cœur. Le mieux est de faire une incision de deux à trois pouces de longueur et d'y mettre deux ou trois tubes de drainage de un centimètre de diamètre, avec un pansement et du taffetas gommé suivant les cas. Dans les épanchements fétides la solution de styron à 1/200 a rendu de bons services ; mais il faut se défier des antiseptiques ordinaires dangereux pour la plèvre qui absorbe si facilement. On a vu un empoisonnement par l'acide phénique à la suite d'un lavage et d'un pansement phéniqués. L'hémorrhagie est arrêtée par la compression du tube de drainage contre les bords de la plaie.

II. **Folie consécutive aux opérations gynécologiques.** — Le Dr J.-M. Baldy conclut de ses recherches à ce sujet que :

1° Des troubles intellectuels sérieux peuvent survenir après une opération sur les organes génitaux chez une personne qui, dans ses antécédents héréditaires, n'offre pas de cas de folie ;

2° Ces troubles intellectuels ne surviennent pas plus souvent à la suite des opérations sur l'appareil génital qu'à la suite de celles qui sont faites sur le reste du corps ;

3° Ils ne surviennent pas plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes ;

4° Les opérations agissent comme une cause déterminante chez les sujets prédisposés ;

5° Les troubles émotifs sont plus grands au moment de l'opération. S'ils sont trop violents le chirurgien ne doit opérer que s'il y a urgence absolue ;

6° Les troubles mentaux qui suivent les opérations sont plus fréquents qu'on ne le croit.

III. **Avantages des mélanges de narcotiques dans la chirurgie gynécologique.** — Le Dr John Reeve recommande dans sa communication de faire précéder l'anesthésie par une injection hypodermique d'atropine et de morphine. Il emploie, paraît-il, cette méthode depuis vingt ans et n'a jamais eu de mort ni d'accident sérieux Il résume ainsi qu'il suit les avantages de ce procédé :

1° L'excitation émotive de l'opéré est diminuée ; son appréhension disparaît sous l'influence de la morphine et le système nerveux cède plus aisément aux anesthésiques ;

2° La période d'excitation étant abrégée, l'anesthésie est obtenue plus rapidement et plus complètement ; elle est aussi plus durable .

3° Il n'y a plus de suffocation pendant l'administration de l'éther ;

4° On constate chez les malades la plus parfaite tranquillité pendant tout le temps de l'opération, et ce calme se prolonge encore pendant un certain temps après ;

5° On observe rarement les vomissements pendant ou après l'anesthésie.

On n'a observé que trois cas de mort pendant l'anesthésie mixte, et dans un de ces cas on avait donné une trop forte dose de morphine. On endort généralement au chloroforme. L'auteur cependant l'emploie mélangé à l'éther en parties égales.

IV. **Hémorrhagies accidentelles pendant la première partie de l'accouchement.** — Le Dr H. C. Coe laissant de côté les hémorrhagies accidentelles de la grossesse, n'étudie que celles qui surviennent pendant le travail et qui ont été signalées par Goodell. L'étiologie est obscure : les causes prédisposantes sont les diathèses hémorrhagiques, les affections générales fébriles, les troubles rénaux, l'hydramnios, la mort du fœtus et les traumatismes. La malade se plaint d'abord d'une douleur dans le bas-ventre, douleur qui s'accentue bientôt et devient déchirante. La palpation du ventre ne révèle rien d'anormal. Le cœur fœtal, si on l'ausculte, bat faiblement et irrégulièrement, et montre que le fœtus subit de graves désordres ; la malade est faible, et on remarque de l'inertie utérine. Le pronostic est grave et l'on doit agir promptement.

L'auteur recommande, en pareil cas, lorsqu'on a reconnu l'hémorrhagie intra-utérine, de rompre les membranes et d'administrer de l'ergot de seigle si l'on ne croit pas pouvoir faire la délivrance immédiate. Aussitôt l'accident reconnu, il faut donner des stimulants par la bouche, le rectum et la voie hypodermique. La version et l'accouchement rapide sont les

(1) En 1885, dans un travail paru dans les bulletins de la Société pratique (Modifications de la température locale par le massage), je dis textuellement : « *Pendant le traitement des fractures*, je propose d'exercer des manipulations des muscles et des téguments des membres *aussi précocement que possible*, lorsque les *conditions présentées par les fractures ne sauraient s'y opposer.*

(2) Suite, voir nr 42, page 663.

Digitized by Google

meilleurs moyens à employer. Si la tête était engagée on ferait la craniotomie. Le principal est d'éviter l'hémorrhagie après l'accouchement : on plongera donc la main dans l'utérus pour enlever le placenta et les membranes, et on tamponnera avec de la gaze iodoformée.

V. **Emploi de l'acide salicylique dans le traitement de certaines formes de cystite.** — Le Dr Bryzon rappelle l'origine de ce traitement. Un étudiant avait mélangé par mégarde 30 grammes d'une solution d'acide salicylique dans la glycérine à 2 0/0 avec 125 grammes d'eau pour laver la vessie d'un homme atteint de cystite. Le résultat obtenu fut tellement satisfaisant que le traitement fut dès lors institué.

Ce traitement est surtout efficace dans les cas chroniques où la surface interne de la vessie est enduite d'une épaisse couche de mucus et de cellules épithéliales nécrosées. L'acide salicylique dissout les cellules et prépare bien l'action d'autres remèdes. Il est, en revanche, tout-à-fait contre-indiqué dans la cystite aiguë avec exsudation séreuse ; il est même funeste quand il y a une tendance à l'hémorrhagie, dans la cystite tuberculeuse et dans les affections prostatiques quand la vessie est à colonnes.

VI. **Cancer du col de l'utérus. Résultats de son traitement par l'amputation supra-vaginale.** — Le Dr William Baker fait la statistique des cas qu'il a ainsi traités. Soixante pour cent des malades ainsi opérées vivaient encore quatre ans après, cinquante pour cent étaient vivantes dix ou douze ans après la première opération.

Dans un certain nombre de cas il n'y eut pas de récidive ; quelques-unes survinrent après sept ou huit ans. Ce qui peut faire préférer cette opération à l'hytérectomie, c'est que la malade est plus en sureté et qu'il y a moins de chances de récidive. L'amputation supra-vaginale doit être pratiquée dans tous les cas de cancer utérin, à condition que l'utérus ne soit pas immobilisé par l'extension de la lésion.

VII. **La vaseline dans le traitement de la conjonctivite blennorrhagique.** — M. Wilson a employé la vaseline dans 47 cas de cette affection ; dans 19 d'entre eux on avait affaire à l'ophtalmie des nouveau-nés ; les deux yeux étaient perdus.

Chez vingt-huit enfants de six ans l'infection était évidente : seize cas étaient graves ; chez deux d'entre eux il y avait ulcération de la cornée. L'auteur s'est servi de la vaseline mélangée à l'atropine, au nitrate d'argent et au bichlorure de mercure. Les applications entre les paupières étaient renouvelées chaque heure. Ce traitement ne doit pas être employé seul, mais il aide à sauver la cornée et soulage beaucoup le malade.

VIII. **Diabète sucré de la grossesse.** — Le Dr Henry Fry pense que la glycosurie physiologique et les différentes formes de diabète ne doivent pas être confondues avec le diabète sucré de la grossesse. Mathews Duncan en a rapporté plusieurs observations sous le nom de diabète puerpéral. L'auteur a eu l'occasion d'en observer un cas. Une première grossesse de la malade avait été normale. Le sucre apparut au cinquième mois de la seconde grossesse. La mère accoucha d'un enfant mort au bout de sept mois et mourut cinq jours après.

A en juger par la rareté des observations, le diabète sucré est une complication extrêmement rare de la grossesse. L'auteur pense cependant qu'elle est plus commune qu'on ne croit, et qu'elle passe souvent inaperçue. La condition particulière dans laquelle se trouve la femme enceinte détermine l'apparition de la maladie et rend plus grave chez elle ce qui serait plus bénin chez une autre. Pour aider à reconnaître cette affection, l'urine sera suspectée et analysée au point de vue du sucre dans tous les cas de grossesse qui présentent des symptômes obscurs : faiblesse, [illegible], essoufflement, etc. On soupçonnera aussi la glycosurie quand l'enfant sera mort-né sans autre cause apparente. La syphilis ne tue pas aussi certainement l'enfant que le diabète. Le diabète peut apparaître au début de la grossesse, mais plus souvent aux approches du terme. Il est moins susceptible de traitement que dans les autres circonstances. Si la terminaison fatale n'arrive pas avant les couches il y a encore de l'espoir. D'après les cas observés, le diabète de la grossesse a une forme intermittente. La mort du fœtus arrive généralement au septième mois, mais l'accouchement peut ne se faire que pendant les deux mois qui suivent. Dans plusieurs cas on a signalé le développement excessif de l'enfant. Une femme diabétique peut-elle avoir des enfants ? D'après ce qui précède, la réponse sera évidemment négative.

IX. **Traitement de l'alopécie.** — Le Dr Morrow pense que le traitement doit être basé sur les indications que fournit chaque cas. Dans quelques formes il est absolument indiqué de stimuler et d'irriter le cuir chevelu. La nécessité d'adjoindre un parasiticide à la stimulation n'est pas démontrée. Dans les cas simples, on coupe les cheveux ras et on épile ; puis on applique de la chrysarobine en solution à cinq ou dix pour cent. Le massage, l'huile stimulante, le schampoo sont d'excellents adjuvants, de même que l'acide acétique. La pilocarpine et l'électricité n'ont pas donné à l'auteur de résultats appréciables.

Le Dr Bulkley a obtenu les meilleurs résultats d'applications d'acide phénique en solution à 95 pour cent. Il ne faut pas l'appliquer sur de trop larges espaces en même temps. Les malades éprouvent une certaine douleur mais ils ne refusent pas les applications suivantes. On les fait toutes les semaines ou tous les quinze jours. L'auteur n'emploie pas l'acide phénique comme parasiticide, mais comme stimulant. Il donne en plus à l'intérieur de la strychnine et de l'acide phosphorique, et augmente la nutrition autant que possible.

X. **La bradycardie dans le rhumatisme articulaire aigu.** — D'après le Dr Atkinson, la bradycardie (ou cœur lent) est un symptôme que l'on observe dans une variété de maladies indépendantes de celles qui proviennent manifestement du système nerveux central. Il n'est pas rare de le voir apparaître pendant la convalescence d'une maladie fébrile aiguë et disparaître avec le retour définitif de la santé. Rarement on l'a observé au cours du rhumatisme articulaire aigu, plus rarement encore pendant la convalescence de ce rhumatisme. Dans le premier cas, il est probablement sous la dépendance de la pericardite ou de l'endocardite qui gênent l'innervation du cœur. Dans le second, il est quelquefois dû aux mêmes influences, mais souvent aussi il dépend des causes spécifiques qui le produisent dans la convalescence des autres maladies fébriles aiguës, et qui, selon toute apparence, ne sont pas inflammatoires.

P. C.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 octobre 1891

Présidence de M. le Dr Horteloup

Pathogénie de l'hydrocèle congénitale. M. Verneuil. L'hydrocèle congénitale susceptible d'apparaître à tout âge, est caractérisée par la présence dans la tunique vaginale d'un liquide facilement réductible dans l'abdomen et se reproduisant avec une égale facilité dans les bourses.

D'où vient ce liquide ? Deux hypothèses ont été émises à ce sujet. Certains auteurs le considèrent comme une sécrétion normale des parois de la cavité vaginale, dont le trop-plein s'écoulerait dans le péritoine ; d'autres lui assignent une provenance péritonéale. — M. Verneuil est du nombre de ces derniers, et pense que ce liquide, d'origine péritonéale, ne descend que secondairement dans les bourses. — M. Phocas

Digitized by Google

(de Lille) partage cette opinion et en a vérifié l'exactitude chez des enfants. Cet épanchement se produit dans deux conditions, suivant que le testicule est resté en ectopie ou qu'il est descendu dans les bourses. On peut observer en ce moment dans le service de M. Verneuil un homme de 35 ans, monorchide, dont la santé depuis deux mois laisse beaucoup à désirer. Il y a quelques jours à la suite d'un effort, les bourses devinrent dès le lendemain le siège d'un gonflement qui nécessita son entrée à l'hôpital. On constate du côté ectopié une hydrocèle vaginale dont le liquide, facilement réductible dans le péritoine, reflue de même dans le scrotum. Le ventre est volumineux : il existe de l'ascite par cirrhose hypertrophique du foie. La pathogénie de l'hydrocèle congénitale est donc facile à saisir dans ce cas : ascite, descente du liquide par le canal de Nuck dans la cavité vaginale ; facile réductibilité suivie d'une reproduction aussi facile de l'épanchement. Ce caractère de réductibilité n'est pas absolu ; il manque dans certains cas, quoique la persistance du canal vagino-péritonéal soit bien établie.

Cure radicale de la grenouillette. — M. Felizet a imaginé un procédé d'extirpation totale de ces tumeurs par la voie buccale.

1er *temps*. — Injection dans la muqueuse buccale au niveau de la tumeur de douze gouttes d'une solution de cocaine au 20e.

2e *temps*. Injection interstitielle de huit à dix centimètres cubes d'eau boriquée dans la muqueuse autour du kyste. Cette injection distend les mailles de la muqueuse autour du kyste et le rend énucléable.

3e *temps*. — La muqueuse est entamée avec les ciseaux, la grenouillette fait saillie entre les lèvres de l'incision ; on commence à la décoller avec l'ongle. Lorsqu'une certaine portion de la tumeur a été ainsi attirée au-dehors, elle est excisée, le contenu du kyste s'écoule et est remplacé par une petite éponge pour le distendre. La poche, réduite à un moindre volume, est refermée à l'aide d'une pince ; le décollement est continué jusqu'à dissection complète, quels que soient le volume et la direction du pédicule.

Expériences sur le traitement des plaies de l'intestin chez le chien. — M. Chaput. Ces expériences ont été faites sur 180 chiens à l'aide d'une carabine de six millimètres. M. Chaput les divise en deux séries suivant le mode de traitement employé.

1° *Plaies traitées par l'expectation*. — Sur 46 cas, 31 morts (66 0/0) et 15 guérisons (33 0/0). La mort survient très vite dans la majorité des cas : 18 fois en moins de vingt heures.

Les conditions favorables à la guérison spontanée sont : la puissance adhésive variable de l'épiploon, la destruction de l'épithelium du bourrelet muqueux, la vacuité relative de l'intestin et la virulence faible de son contenu ; l'absence d'hémorrhagie, l'infection péritonéale ; des perforations peu nombreuses et surtout peu étendues, ne siégeant pas à l'insertion du mésentère. Sur 11 chiens, dont 5 à jeun, n'ayant reçu qu'un seul coup de feu sur une seule anse, M. Chaput a obtenu 7 morts et 4 guérisons. Donc avec le minimum des plaies, la mortalité est encore de 66 0/0.

2° *Intervention chirurgicale*. — Les interventions pour coups de feu tirés à travers la paroi abdominale s'adressent à des lésions trop considérables et ne peuvent que fournir des résultats déplorables. Ajoutons que chez le chien le faible diamètre de l'intestin empêche absolument d'exécuter des sutures à deux étages sans rétrécir considérablement son calibre.

Pour remédier à l'insuffisance des procédés connus, M. Chaput a imaginé *la greffe intestinale* consistant à obturer les perforations en les suturant à une anse saine. On peut ainsi exécuter des sutures à plusieurs étages sans rétrécir l'intestin. Avec un seul coup de feu à l'intestin, la greffe intestinale donne 100 p. 100 de guérison, à la condition de ne pas attendre plus de trois quarts d'heure pour opérer, à preuve les faits suivants :

3 greffes immédiates, 3 guérisons — 10 greffes après une demi-heure, 10 guérisons — 5 greffes après une demi-heure sur des animaux en pleine digestion, 5 guérisons.

Quand la greffe est faite après trois quarts d'heure, le pronostic devient plus sombre. Sur 7 cas opérés après une ou deux heures, l'auteur a eu 4 morts (58 0/0) et 3 guérisons (42 0/0).

M. Schmidt (de Versailles) lit une observation de plaie du thorax par balle de revolver, section de la branche gauche de l'artère pulmonaire, hémothorax, mort immédiate.

Dr H. Mancioury.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 octobre 1891

Présidence de M. le Dr Labbé

De la dyspepsie alcoolique. — M. Hayem a décrit dans ses travaux antérieurs un certain nombre de déviations chimiques du processus stomacal que l'on peut retrouver chaque jour en clinique.

On peut les ranger en deux grandes classes : l'*hyperpepsie* et l'*hypopepsie*. Il divise l'hyperpepsie en deux variétés, savoir :

1° L'hyperpepsie typique caractérisée par H + et C + ;

2° L'hyperpepsie chloro-organique caractérisée par C + (H étant = ou —).

La lettre H sert à désigner la chlorhydrie et la lettre C les combinaisons organiques du chlore ; la valeur de ces termes a été indiquée antérieurement par M. Hayem.

L'hypopepsie est également divisée en deux variétés, savoir :

1° L'hypopepsie avec H +, c'est-à-dire avec hyperchlorhydrie ;

2° L'hypopepsie proprement dite typique.

Dans chacune de ces divisions le type peut être simple ou compliqué de fermentations anormales.

M. Hayem fait rentrer dans ce cadre la plupart des déviations du chimisme stomacal. Il a commencé par étudier les altérations chimiques du processus stomacal dans la gastrite alcoolique. Sur 36 cas de ce genre, il a trouvé 3 cas d'hyperpepsie, 18 cas d'hypopepsie avec hyperchlorhydrie, 23 cas d'hypopepsie dont 4 allant jusqu'à l'apepsie. D'autre part, ces 36 cas se décomposent en 12 simples et 24 compliqués de fermentation anormale.

Chez deux malades il y avait une sécrétion gastrique continue à jeûn. L'un deux présentait le type de l'hyperpepsie générale avec fermentation ; l'autre était un hypopepsique dilaté, dans l'estomac duquel il restait des résidus des repas antérieurs. Le type le plus commun, dans la gastrite alcoolique, est donc celui de l'hypopepsie avec fermentation.

M. Hayem a examiné si la nature des boissons consommées par les malades prenait une part quelconque à la détermination du type chimique ; il est difficile de formuler une conclusion précise sur ce point ; cependant, il semblerait que les liqueurs fortes, depuis l'eau-de-vie de qualité quelconque jusqu'au vulnéraire, amèneraient plus rapidement et plus souvent l'hypopepsie que l'usage des différents vins.

Paralysie saturnine chez un enfant. — MM. Variot et Gaston présentent un enfant de cinq ans et demi atteint de paralysie saturnine des extenseurs des orteils, des péroniers latéraux, du jambier antérieur ; sur l'avant-bras, on note la paralysie des muscles radiaux externes et extenseurs des doigts.

L'enfant est pâle, amaigri : le foie est volumineux, la constipation habituelle, pas d'albuminurie.

Les accidents existent depuis le 15 juin dernier, époque à

Digitized by Google

laquelle il fut pris de vomissements, de douleurs de ventre avec constipation et d'impotence fonctionnelle des membres. Déjà pendant les étés précédents, vers la même époque il avait été pris de convulsions et de troubles digestifs.

Le liseré de Burton, que l'on remarque à la sertissure des dents de la mâchoire supérieure permit à M. Variot de faire le diagnostic étiologique, qui jusqu'ici restait fort obscure. On sait en effet que les intoxications saturnines sont rares chez les enfants de cet âge.

La réaction faradique était conservée sur la plupart des muscles. Le traitement spécifique fut aussitôt institué (KI un gr. par jour, bains sulfureux, toniques) et amena une notable amélioration. Mais on voit que les muscles n'ont pas encore recouvré leur intégrité fonctionnelle.

Cet enfant avait l'habitude de jouer pendant l'été sur une terrasse recouverte de lames de plomb. Les parents avaient remarqué qu'après la pluie il se formait un dépôt blanchâtre sur la terrasse, dépôt pulvérulent sans doute formé de carbonate de plomb. L'enfant avait les mains fréquemment salies en se traînant sur les lames de plomb, et les portait à la bouche sans qu'elles aient été lavées. M. Variot pense que l'intoxication s'est opérée par la bouche et par l'absorption cutanée.

H. M.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 octobre 1891

Présidence de M. le Dr Regnauld

Du bromure de strontium. — M. G. Sée lit un pli cacheté qu'il avait déposé il y a quelque temps. Le bromure de strontium a été préconisé par Laborde comme diurétique. M. G. Sée n'a pas constaté cette action spéciale, mais il insiste sur les propriétés eupeptiques de ce médicament. Il faut prescrire des doses assez élevées : dans quelques cas, on est allé jusqu'à 10 et 15 grammes par jour.

M. Laborde fait savoir que les faits cliniques répondent pleinement aux présomptions physiologiques. Le bromure de strontium a produit d'excellents effets dans l'épilepsie. On le prescrit à la dose de 5 à 6 grammes au plus.

De la transformation du virus. — M. Chauveau renouvelle les conclusions qu'il a lues dans la dernière séance. Il affirme de nouveau que jamais une variole faible ne s'est transformée en vaccin. La vaccine n'est pas la variole atténuée. Si la variole devient de la vaccine, c'est par suite d'une transformation radicale du virus variolique sur laquelle nous n'avons aucune donnée scientifique. L'atténuation du virus ne peut être identifiée avec leur transformation.

M. Charpentier lit un rapport sur le prix de l'hygiène de l'enfance.

F. R.

BULLETIN DE LA SEMAINE

L'enseignement municipal de la médecine

Les lecteurs de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* sont assez au courant de cette importante question pour nous dispenser de reproduire *in-extenso* le projet que M. Strauss vient de déposer sur le bureau du Conseil municipal. En voici un extrait :

Le Conseil municipal n'a pas le droit de se désintéresser de l'enseignement supérieur parisien; à plus forte raison est-il tenu de s'en préoccuper, si les malades traités dans les hôpitaux sont appelés à en recueillir le bénéfice. En effet, les malades n'ont qu'à gagner au surcroît de prestige et de clientèle des médecins, des chirurgiens et des accoucheurs des hôpitaux. Rien ne peut mieux stimuler le zèle et le dévouement des praticiens que l'entourage d'une phalange d'élèves et de témoins exercés. Toutefois, cet avantage ne servirait à rien si un trop grand nombre venaient à être agglomérés dans un même service ; dans ce cas, une trop grande affluence risquerait d'être nuisible aux malades.

C'est pourquoi le directeur de l'Assistance publique doit tenir la main à la répartition des stagiaires dans les différents hôpitaux et dans les divers services.

Un des meilleurs moyens d'éviter tout encombrement de ce genre consiste à multiplier les centres d'enseignement. Un rapide examen suffit à montrer qu'en favorisant les malades, une meilleure utilisation des ressources hospitalières répond à un besoin pressant.

Actuellement, la Faculté de médecine ne peut assurer l'enseignement pratique de ses quatre mille étudiants ; elle ne dispose à cet effet que de seize chaires de clinique et elle n'utilise que partiellement ses dix professeurs de pathologie et ses vingt-huit agrégés pour l'enseignement de la médecine pratique. D'ailleurs, par l'organe d'un de ses membres, par le rapport de M. Potain, la Faculté a reconnu elle-même qu'elle n'était pas en état de donner à ses quatre mille élèves « les moyens complets d'instruction médicale théorique et pratique. »

Aussi, M. Potain proposait d'adjoindre trente médecins et quinze chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux aux professeurs de clinique en titre ; cette réforme, qui n'aura pas vu le jour, montre en quelle estime la Faculté tient le corps médical des hôpitaux pour l'enseignement des élèves.

Nulle part, ni dans la presse médicale, ni dans les réunions savantes, aucun désaccord ne s'est produit sur le principe d'une extension ou d'une réorganisation de l'enseignement pratique de la médecine dans les hôpitaux ; tout le débat a porté sur les différents moyens d'atteindre le même but. La seule constatation à laquelle aient abouti toutes les discussions est celle-ci : c'est que notre corps hospitalier est tout désigné, tout préparé pour distribuer cet enseignement complémentaire.

Ce n'est pas une nouveauté, tant s'en faut, puisque, dans le passé comme dans le présent, quelques-uns des maîtres de nos hôpitaux ont acquis une célébrité universelle par leurs cours et leurs leçons libres ; les noms de Bazin, de Chassaignac, de Gendrin, parmi les disparus, peuvent être mis en parallèle avec ceux des plus illustres représentants de l'Ecole. Aujourd'hui encore, il est tel amphithéâtre de chirurgie, telle salle de médecine qui attirent les élèves et les visiteurs à l'égal des services les plus renommés de la Faculté.

Il ne peut être indifférent à la Ville, à l'Assistance publique de Paris, de voir nos hôpitaux desservis par des praticiens d'une si haute valeur et d'une notoriété si éclatante. Pour être plus modeste et moins en vue, l'action enseignante du plus grand nombre des médecins, des chirurgiens et des accoucheurs des hôpitaux ne rend pas de moindres services ; seulement ces efforts ne sont pas coordonnés ; toutes ces forces demeurent éparses et toutes les bonnes volontés ne sont pas groupées.

Avec l'outillage dont dispose l'Assistance publique, avec les incomparables ressources de nos hôpitaux, cet enseignement pratique complémentaire existe en réalité ; il est tout prêt ; une organisation seule lui a fait défaut jusqu'à ce jour. Presque partout, des salles de cours, des amphithéâtres, des laboratoires, des musées, généreusement dotés sur le budget de l'Assistance publique, dispenseront de toute dépense nouvelle d'installation ; le Conseil municipal consacre d'ailleurs chaque année des subventions spéciales au fonctionnement de ces

Digitized by Google

instruments de recherches et d'étude. Il n'y a presque rien à faire, puisque la plupart des médecins, des chirurgiens et des accoucheurs des hôpitaux n'ont pas attendu des encouragements officiels pour répandre autour d'eux un enseignement bienfaisant.

Nous avons tous les éléments pour distribuer un enseignement médical aussi brillant que celui d'aucune autre ville; l'heure est venue d'en profiter.

L'Assistance publique possède un *amphithéâtre d'anatomie*, où sont enseignés l'histologie normale, la physiologie, la médecine opératoire; elle dispose de 88 services de médecine, de 42 services de chirurgie, de 8 services d'accouchement, avec un personnel médical nombreux et expérimenté. Il n'y a qu'à le vouloir, à proprement parler, pour rassembler en un seul faisceau toutes ces forces disséminées, pour mettre en pleine activité tant de bonnes volontés et tant de compétences. Rien que pour un enseignement trop dédaigné jusqu'à ce jour, celui des *spécialités*, notre corps hospitalier n'aura pas de peine à prendre une place qui ne lui sera disputée par personne.

Ce n'est qu'après avoir pris l'avis des représentants les plus autorisés de nos hôpitaux, après avoir longuement conféré avec un certain nombre d'entre eux, que nous prenons la liberté de soumettre à l'approbation du Conseil municipal un programme d'exécution d'une réforme enfin parvenue à maturité. Il sera tout d'abord nécessaire d'établir une entente entre tous les *professeurs libres de clinique*, de telle sorte que les diverses branches et les diverses spécialités de la médecine aient leur part de représentation équitable et simultanée dans cet enseignement; un programme commun des cours, leçons et conférences devra être rédigé chaque année par l'assemblée des professeurs des hôpitaux et soumis à l'approbation de M. le directeur de l'Assistance publique.

Nous pensons qu'à côté des cours pratiques, actuellement existants pour la plupart, il y aura lieu de mettre des amphithéâtres à la disposition des médecins et chirurgiens des hôpitaux excentriques, des nouveaux promus, de tous ceux qui, pour une raison ou pour une autre, éprouveraient le besoin de se livrer à un court apostolat, d'exposer en un petit nombre de conférences le résultat de leurs travaux et de leurs recherches; ainsi pourvus d'une tribune, ces futurs professeurs trouveront l'emploi de leurs brillantes facultés pour le plus grand profit des élèves et de la science médicale.

Les amphithéâtres, très vastes et très confortables du nouvel Hôtel-Dieu, toujours inoccupés l'après-midi, sont naturellement appropriés à ces conférences dont le succès ne serait pas un médiocre attrait pour les étudiants étrangers. Tel médecin, tel chirurgien, tel accoucheur, à qui son auditoire habituel ne suffirait pas, aurait une tribune retentissante pour y exposer, en un très petit nombre de leçons, une sorte d'enseignement monographique sur un sujet déterminé.

Une affiche *unique* et *collective*, rédigée par les soins de M. le directeur de l'Assistance publique, comme celle des exercices d'anatomie de Clamart, donnerait une publicité suffisante aux cliniques et aux leçons des services d'hôpitaux comme aux conférences des amphithéâtres de l'Hôtel-Dieu, avec le programme des cours, l'indication des heures, etc.

Une telle organisation, très simple et facilement réalisable, ne fait, si l'on veut, que consacrer et développer un enseignement déjà prospère; aucune objection ne saurait lui être opposée; la Faculté de médecine, qui avait songé à s'adjoindre un certain nombre de maîtres de nos hôpitaux, ne pourra qu'applaudir à la réorganisation de l'enseignement pratique par le Conseil municipal de Paris; les étudiants se réjouiront d'une amélioration si profitable à leurs études; les malades y gagneront par cela même que s'élèvera le niveau intellectuel des hôpitaux; la ville de Paris y trouvera tout profit par une plus grande affluence d'étudiants français et étrangers.

En conséquence, la proposition suivante est soumise au Conseil municipal.

Art. I. Un crédit de 100.000 francs sera affecté soit à l'enseignement de la médecine dans les hôpitaux, soit à l'allocation d'une indemnité aux professeurs des hôpitaux, chargés des chaires de clinique médicale générale, de clinique chirurgicale générale, de dermatologie, de syphiligraphie, de laryngologie de maladies des enfants, d'accouchement et de gynécologie, de maladies nerveuses, d'ophtalmologie, d'otologie; il devra subvenir en outre aux frais des cours supplémentaires de l'Hôtel-Dieu, aux dépenses d'affichage et de publicité, ainsi qu'à la dotation actuelle des laboratoires subventionnés par le Conseil et aux encouragements de toute nature à l'enseignement hospitalier.

Emulation dans la concurrence, liberté dans l'enseignement: c'est un premier pas dans une voie féconde pour la science française.

Fidèle à ses convictions démocratiques et toujours ardent dans son généreux patriotisme, le Conseil municipal de Paris donnera, tout le monde l'espère, droit à la proposition si libérale de M. Strauss et à l'unanime désir de tous ceux qui placent l'intérêt général et le progrès de la science au-dessus des questions de personne. C'est aussi une manière fort louable et fort légitime de rendre un lustre plus grand à l'enseignement de la Faculté de Paris. Ch. Eloy.

INFORMATIONS

ÉTRANGER

Angleterre. — **La question de l'eau potable à Londres.** — D'après le *London County Council* et sur le rapport de M. Huggis, elle serait presque résolue. En 1870, les habitants alimentés en eau potable étaient au nombre de 3,139,000 et recevaient 104,000,000 gallons d'eau quotidiennement.

Actuellement, ils sont au nombre de 5,696,000 et la distribution d'eau s'élève par jour à 175,000,000 gallons.

Autriche. — **3e Congrès de la Société allemande de dermatologie.** — Cette session sera tenue à Vienne en septembre 1893, sous la présidence de M. Kaposi. Elle coïncidera vraisemblablement avec la réunion du second Congrès international de dermatologie.

Statistique de la profession médicale. — D'après les documents officiels, on comptait dans le courant de l'année 1889, un total de 7,146 praticiens, 5,358 pourvus de titre de docteur et 1,788 pourvus de celui du grade inférieur de (*Wundarzt*). 21 pour cent des docteurs exercent à Vienne.

La répartition des praticiens par rapport au chiffre de la population est de 61,7 pour 100,000 dans le district de Trieste, la Basse-Autriche, le Tyrol et le Vorarlberg; de 30 pour 100,000 dans les provinces de Salzbourg et de Steiermarck, de 3,7 dans la Bokovine et de 3,2 en Galicie.

VARIÉTÉS

La déclaration obligatoire des maladies contagieuses. — Cette question, on le sait, a été résolue par la Chambre des députés dans un sens défavorable au médecin. Celui-ci doit, de par la loi et violation du secret professionnel, se faire dénonciateur. Tel est le sens du projet actuellement soumis aux

Digitized by Google

délibérations du Sénat et qui, pour quelque temps, sommeille dans les cartons de cette Assemblée.

Cependant, des protestations se sont élevées contre cette législation nouvelle qui ferait jouer au médecin le rôle d'un inquisiteur. La Société de médecine pratique a voté une protestation dont le sens se trouve dans les paroles judicieuses de notre confrère M. Dignat, rapporteur de la question devant cette Société. En voici un extrait :

« La loi, au lieu d'assurer à la sécurité publique les garanties que ses promoteurs croient pouvoir attendre d'elle, peut, au contraire, entraver, en une certaine mesure, le fonctionnement de l'hygiène et de la prophylaxie publiques.

» Je fonde cette opinion sur la répugnance que quelques particuliers éprouveront à recourir aux soins du médecin le jour où ils soupçonneront, soit sur eux-mêmes, soit sur un membre de leur famille, l'existence d'une maladie susceptible d'être déclarée.

» Plusieurs parmi nous, je le sais, ne s'expliquent pas bien cette répugnance. Qu'importe, disent-ils, à tel ou tel individu qu'on sache qu'il est atteint de scarlatine, de variole, de fièvre typhoïde ? Qui, parmi les malades atteints de l'une quelconque de ces affections, a jamais songé et songera jamais à réclamer de son médecin le secret ?

» Eh ! c'est là qu'est l'erreur. En principe, évidemment, le fait d'avoir révélé que telle ou telle personne a ou a eu une scarlatine, une variole, une fièvre typhoïde, ne peut entraîner pour cette personne ni danger moral, ni dommage matériel. Mais, dans la réalité, il n'en est pas toujours ainsi. Prenez l'exemple seulement des commerçants en détail de nos grandes villes : boulangers, bouchers, épiciers, etc., lesquels ont boutique ouverte sur la rue et logent, tant bien que mal, dans les deux ou trois pièces situées à l'arrière boutique.

» N'estimez vous pas que ces gens-là aient tout lieu de redouter un préjudice matériel considérable, du jour où, un des leurs étant atteint d'une des maladies citées plus haut, on viendra à connaître dans le quartier la nature de l'affection ? Mais, ce jour-là, leur boutique sera désertée ; ce jour-là, leurs affaires seront entièrement suspendues ! Et cela est si vrai, qu'il n'est pas un de nous qui, une fois au moins dans sa carrière, n'ait été, dans des circonstances de ce genre, prié par le client de taire à qui que ce fût le nom de la maladie qu'il venait de reconnaître ! Et certes, pas un de nous n'a jamais songé à violer un secret si nettement réclamé, quelque grave que pût être la maladie observée, ou quelque dangereuse qu'elle fût pour la sécurité des personnes appelées à fréquenter le domicile du malade ! En revanche, pas un de nous n'a failli à cet autre devoir de la conscience consistant, dans ces cas, à imposer au client les mesures les plus rigoureuses et les plus sévères pour assurer la désinfection des locaux occupés, l'isolement complet du malade et, autant que possible, l'isolement des personnes chargées de lui donner des soins.

» Le jour où le public connaîtra les obligations imposées à tout médecin par la nouvelle loi, bien des gens, redoutant une déclaration officielle dont les effets pourraient nuire, selon eux, à leurs intérêts matériels, hésiteront avant de faire venir un médecin. Beaucoup se contenteront de recourir aux conseils de commères, aux remèdes de bonnes femmes, au risque de voir la maladie s'aggraver, et de n'appeler le médecin qu'au moment où tout sera désespéré. Mais, en attendant, croyez-vous que ces gens-là auront pris, s'il s'agit d'une maladie réellement contagieuse, la moindre mesure prophylactique ? Pas du tout. Non seulement le malade sera mal soigné, mais, de par la nature même de son affection, il constituera, pour les personnes de son entourage, pour les voisins et pour quiconque l'approchera, un danger d'autant plus grand qu'il aura été méconnu. »

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Azevedo Sodre. — Etude nosologique sur le beribori (*O. Brasil Medico*, 1er sept. 1891).

Azna. — Un cas de kératodermie symétrique, congénitale et héréditaire (*Revista clinica de los Hospitales* (sept. 1891).

Bignami et Marchiafava. — La fièvre quotidienne et tierce estivo-automnale (*Riforma Medica*, 24 sept. 1891).

Boddié. — De la rechute et des recrudescences de la fièvre scarlatine (*Edimburgh Med. Journal*, octobre 1891, p. 338).

Boyd. — Signification de la respiration de Cheyne Stokes comme symptôme des cardiopathies (*Dublin Journal of the Med. Sciences*, 1891, n° 235).

Coupland (S.). — Du traitement de la pneumonie (*The Brit. Med. Journal*, 26 sept. 1891).

Landouzy. — Nouveaux faits relatifs à l'histoire de la tuberculose infantile (*Revue de Med.*, 10 sept. 1891).

Light. — Sur trois cas d'empyème pulsatile (*The Lancet*, 26 sept. 1891).

Mann — De la mobilité anormale des organes, foie mobile (*Deut. Med. Woch.*, 1891, n° 35).

Nothnagel. — Hémiatrophie faciale progressive (*Internationale Klin. Rundschau*, 1891, nos 34 et 35).

Roque et Weill. — De l'élimination des produits toxiques dans la fièvre typhoïde (*Revue de méd.*, 10 sept. 1891).

Santa Maria y Buistamente. — De la néphrite sans albuminurie (*Revista clinica de los Hospitales*, sept. 1891).

Vergely. — Du zona diabétique (*Progrès Méd.*, 26 sept. 1891).

Wesphall. — De la douleur de tête d'origine gastrique (*Berl. Klin. Woch.*, 1891, n° 37).

THÉRAPEUTIQUE

Cranstubin (C.). — Contribution à l'emploi therapeutique de l'ichtyol (*The Lancet*, 26 sept. 1891).

Ferguson. — Du traitement du coma urémique et des convulsions (*The thérapeutic Gazette*, 13 sept. 1891, p. 583).

Filippi. — De l'antinervine (*Riforma medica*, 3 sept. 1891).

Forest. — Démonstrations expérimentales de l'influence de la balnéation dans le traitement de la fièvre typhoïde (*The New-York Med. Record*, 19 sept. 1891).

Guira. — Action antiseptique de l'essence rectifiée de térébenthine (*Rev. clic. terap.*, août 1891).

Marfori. — De l'action désinfectante et antiseptique du gaiacol (*Annali di clinica*, 1891, t. XIII).

Passerini. — Le chloro-phénol antiseptique volatil et son emploi dans les bronchites chroniques (*Gaz. degli Osp.*, 9 août 1891).

Stervard. — Du chlorhydrate d'ammoniaque dans le traitement des maladies du foie (*The Lancet*, 26 sept. 1891).

MÉDECINE ET CHIRURGIE D'ARMÉE

Boerensprung. — Contribution à la pathologie et au diagnostic des maladies du foie dans l'armée allemande (*Deut. milit Zeitschr*, 1891, p. 379).

Elste. — L'épidémie de grippe de 1889-90 dans la marine allemande (*Marine Rundschau*, 1891, t. 4 et 5).

Koenig. — Un symptôme des névroses traumatiques (*Deut. milit. Zeitschr*, 1891, p. 774).

Pasquale. — La fièvre typhoïde à Massaouah (*Giornale med. di reale Exerc et di reale mar.* 1891, t. VII, p. 865).

Rabadon-Arjona (M.). — Note balistico-expérimentale sur le fusil Remington-Bull, modèle 1889 (*Revista de Sanit. milit.*).

Schultze (F.). — Névroses et névropsychoses post-traumatiques (*Samul. klin. Vortr.*, 1891, p. 14).

Le Directeur-gérant : Henri Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

Cinquième Année — N° 45 — 4 Novembre 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. Bar, E. Barié, Béclère, Brocq, Demelin, Du Castel, Gingeot, Charles Mauriac, Picqué Al. Renault, Rieffel, Schwartz

Avis. — Nos abonnés nouveaux pour l'année 1892 recevront gratuitement le journal jusqu'au 1er janvier prochain.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Des indications de la laparotomie sous-péritonéale dans le traitement des collections liquides de la trompe.

Sans vouloir, le moins du monde, prendre actuellement parti dans le débat qui s'instruit, à l'heure présente, entre la laparotomie et l'hystérectomie vaginale, et indiquer mes préférences pour l'une ou l'autre de ces méthodes, je crois néanmoins intéressant d'attirer l'attention sur une opération quelque peu oubliée de nos jours et qui m'a donné, dans ces derniers temps, trois intéressants résultats.

Par la laparotomie sous-péritonéale, le chirurgien se propose d'arriver dans une poche liquide incluse dans le péritoine, sans l'ouvrir, mais en décollant le feuillet pariétal de la fosse iliaque jusqu'au niveau du point où la poche incluse adhère à ce feuillet. Cette définition est importante à retenir pour qui veut, non seulement mener l'opération à bonne fin, mais encore séparer cette opération d'autres plus ou moins analogues, mais qui en diffèrent néanmoins essentiellement. C'est ainsi qu'on doit éliminer tout d'abord toutes les suppurations extra-péritonéales et ne point décorer du nom de laparotomie sous-péritonéale l'ouverture d'un simple abcès de la fosse iliaque, comme l'avait fait, il y a quelques années, l'auteur d'une observation adressée à la Société de chirurgie.

De plus, pour qu'il y ait réellement laparotomie sous-péritonéale, il faut que dans un premier temps le chirurgien ait eu à décoller le péritoine pariétal dans une certaine étendue. En effet, dans certains cas, la poche purulente est plus ou moins près de l'arcade de Fallope. Dans un cas récent qui m'avait été adressé à Lariboisière par M. le Dr Mounier, la poche se trouvait au niveau du point de reflexion du péritoine iliaque sur la paroi abdominale. Il n'existait aucun espace entre la poche, que l'examen bi-manuel, pratiqué sous chloroforme, me démontra être une salpingite suppurée volumineuse (la malade avait accouché cinq semaines auparavant), et le péritoine pariétal qui lui adhérait ; aussi, après avoir effondré le fascia transversalis, selon le procédé classique, je n'eus pas de peine à pénétrer dans la poche. La malade, qui se trouvait dans un grave état à son entrée à l'hôpital, est actuellement complètement guérie. Je ne veux voir dans ce cas qu'une variété intra-péritonéale de ce nombreux groupe réuni par Grisolle sous le nom d'abcès de la fosse iliaque que les recherches anatomiques récentes ont permis de démembrer.

Quoiqu'il en soit le traitement ne diffère en aucune façon de celui de l'abcès de la fosse iliaque c'est-à-dire que le siège intra ou extra-péritonéal dans ces conditions spéciales n'entraîne aucune modification importante dans le procédé opératoire, si ce n'est que dans le premier cas, une fois le fascia transversalis effondré, il faut encore traverser la paroi de la poche, paroi à laquelle adhère le péritoine pariétal.

Du reste, dans cette variété, la collection est appliquée à la paroi abdominale comme dans un certain nombre de cas d'abcès sous-péritonéaux de la fosse iliaque et ce caractère clinique permet suffisamment de les distinguer des cas que nous allons étudier et qui sont justiciables, dans certaines circonstances, de la laparotomie sous-péritonéale.

La laparotomie sous-péritonéale étant bien nettement distinguée des autres interventions, avec lesquelles on pourrait à tort la confondre, il est utile, avant d'aller plus loin, de faire remarquer que cette méthode consiste exclusivement en une méthode d'incision et de drainage. On pourrait objecter que le point de drainage est assez mal choisi et constitue une infraction à la règle générale touchant la ponction déclive de l'ouverture des foyers purulents et qu'il serait peut-être préférable, incision pour incision, de recourir, à l'ouverture vaginale.

Je ferai, dès lors, remarquer que la laparotomie sous-péritonéale ne saurait constituer une méthode générale. Elle ne peut être proposée qu'à titre exceptionnel. Sur plusieurs centaines de cas restés encore inédits, je n'ai eu jusqu'à présent l'occasion d'y recourir que trois fois ; tous mes autres cas ont été traités par la laparotomie. C'est l'extrême gravité de l'état général (néphrite infectieuse avant l'intervention) ou des circonstances locales spéciales qui m'ont engagé à recourir à ce procédé exceptionnel.

Ces circonstances sont de deux ordres :

1° La tumeur est accessible par la palpation hypogastrique ; quoique distante de l'arcade de Fallope elle fait dans l'abdomen une saillie plus ou moins grande, surtout marquée par la palpation bimanuelle ;

2° Elle est inaccessible par le cul-de-sac ou tout au moins elle en est éloignée par une épaisseur de tissu considérable (un cas) ;

3° Ses rapports avec la vessie, à moins de recourir à l'hystérectomie vaginale, qui semblerait indiquée dans

Digitized by Google

ces cas, font redouter l'emploi du trocart (chez une de mes malades, il existait une phlébite double qui ne me permettait pas de la placer sans danger dans une attitude convenable pour mener cette ponction à bien) ;

4° Enfin dans certains cas, la succession de poussées péritonitiques pouvait faire hésiter encore à pratiquer une laparotomie qui constitue cependant la seule ressource quand la tumeur ne fait pas de saillie dans l'abdomen.

En résumé, il est des cas où l'on peut être conduit: 1° à préférer l'incision de la poche à la laparotomie (réserve faite pour la question d'hystérectomie que j'ai déclaré ne pas vouloir aborder actuellement) et 2° à préférer comme incision de nécessité la fosse iliaque (c'est-à-dire la laparotomie sous-péritonéale) au cul-de sac vaginal. D'ailleurs, les faits sont là pour prouver que ce mode d'incision, tout inférieur qu'il puisse paraître au premier abord, donne les meilleurs résultats.

Les trois malades dont je vais parler et la quatrième, que j'ai séparée des précédentes pour les raisons indiquées plus haut, ont guéri d'une façon radicale.

Chez une première malade observée par moi à l'hôpital Pascal il existait une énorme collection purulente dans la trompe du côté gauche. La malade était profondément émaciée : la température oscillait chaque soir entre 39,5 et 40 : de plus elle présentait des lésions séreuses du côté du rein. Albumine abondante ; poussées d'anasarque ; vomissements alternant avec une diarrhée coliquative ; phénomènes de dyspnée urémique. Je me proposais néanmoins de l'opérer, lorsqu'elle fut prise d'une anasarque générale qui m'arrêta. M. Pozzi reprit le service et lui pratiqua une laparotomie sous-péritonéale. J'ai vu la malade récemment, un an après l'opération : le résultat est excellent. La malade est engraissée, l'albuminerie a presque complètement disparu, la tumeur n'existe plus et il ne reste aucune fistule. Dans un cas qui me fut adressé par mon ami, le Dr Rey, à l'hôpital Lariboisière il s'agissait d'une volumineuse poche purulente siégeant à gauche, chez une jeune femme qui avait récemment présenté des phénomènes péritonitiques graves. J'avoue que je me proposais de lui faire une laparotomie, mais mon excellent maître M. Périer me proposa de pratiquer chez elle une laparotomie sous-péritonéale et voulut me faire l'honneur de m'assister dans l'opération.

Le cas était complexe : la poche était ouverte dans le rectum ; nous eûmes une certaine difficulté à trouver le point de ponction, mais l'opération se termina très heureusement et les phénomènes graves disparurent rapidement.

La tumeur persista longtemps : l'écoulement paraissait interminable ; néanmoins, avec un bon drainage et des injections antiseptiques bien dirigées, la suppuration diminua peu à peu et disparut complètement.

Aujourd'hui (5 septembre) j'ai revu la malade (c'est-à-dire un an après l'opération) elle est complètement guérie : l'utérus est mobile et la palpation bimanuelle ne décèle aucune tuméfaction. L'état général est excellent : la malade a beaucoup engraissé.

Le dernier cas est relatif à une dame de province que j'ai vue récemment en consultation avec M. Duclos (de Tours) et M. Meunier.

L'éminent praticien, que connaissent bien nos lecteurs, avait porté très judicieusement le diagnostic d'hématocèle suppuré. Il existait dans le cul-de-sac antérieur débordant à droite et à gauche les culs-de-sac latéraux, une tumeur fluctuante, dont le développement avait été rapide et au niveau de laquelle la pression était douloureuse.

Une phlébite récente m'empêchait d'intervenir par la voie vaginale, je me résolus d'attaquer cette tumeur par la fosse iliaque gauche où elle faisait une légère saillie.

La succession de poussées de pelvi-péritonite antérieure m'avait fait renoncer à toute idée de laparotomie.

L'opération fut laborieuse, en raison des adhérences du feuillet pariétal et de la position éloignée du point où je dus ponctionner la tumeur.

L'opération est encore trop récente (3 semaines) pour que je puisse en tirer une conclusion quelconque au point de vue de sa valeur thérapeutique, mais quoi qu'il en soit, la malade n'a pas eu de réaction post-opératoire. Tous les accidents qui avaient motivé cette intervention ont actuellement disparu.

En mettant de côté cette malade, je tiens à remarquer que toutes les autres ont guéri définitivement par la simple ponction et le drainage sans qu'il soit nécessaire de recourir au drainage abdomino-vaginal recommandé jadis. Elles ont guéri par un drainage en mauvaise position si l'on veut ; je crois, d'ailleurs, que la position du point de ponction n'a maintenant qu'une médiocre importance avec nos méthodes actuelles.

Elles ont guéri, comme elles guérissent après l'hystérectomie vaginale, c'est-à-dire avec conservation de la paroi de la trompe ; mais elles ont guéri sans mutilation, ce qui est un résultat à considérer, et je serai heureux de pouvoir, chez l'une d'elles, constater l'existence d'une grossesse.

Mais, je le répète, je ne veux en aucune façon opposer cette méthode à l'une de celles en faveur aujourd'hui (laparotomie ou hystérectomie). Je crois qu'il s'agit d'une méthode exceptionnelle mais dont l'étude m'a paru intéressante. Il ne faudrait pas croire que le procédé soit d'une exécution facile. Dans mon dernier cas, j'eus affaire à de réelles difficultés. Le péritoine pariétal était fort adhérent et j'eus beaucoup de peine à le décoller : de plus, au niveau du point de réflexion du péritoine iliaque sur le ligament de Poupart, il existait une anse intestinale adhérente au péritoine d'une part, à la poche de l'autre, de sorte qu'il fallut aller très profondément chercher le point de ponction et, je l'ai dit plus haut, le péritoine était très adhérent. Il convient donc de faire à la paroi abdominale une très longue incision sous peine d'opérer dans de mauvaises conditions.

On suivra d'ailleurs la règle indiquée pour la ligature de l'artère iliaque externe.

Quand on est arrivé sur le point de ponction toujours difficile à déterminer si l'on ne veut pas s'exposer à ou-

Digitized by Google

vrir dans des conditions déplorables la cavité péritonéale qu'on doit respecter par définition, il convient, après avoir vidé de nouveau la vessie, de pratiquer le toucher vaginal et se rendre compte qu'on a bien, sous le doigt engagé dans la plaie, la collection à ouvrir.

On peut alors se servir du trocart, mais la manœuvre est délicate, l'introduction du drain dans la poche constitue souvent un temps difficile mais très important.

Dr L. Picqué,
Chirurgien des hôpitaux.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. *Les principales applications thérapeutiques du salol.* — II. *L'élimination des iodures.* — III. *Traitement des diarrhées infantiles, de l'incontinence d'urine chez les enfants et des pleurésies par l'antipyrine.* — IV. *Traitement des pleurésies par la médication salicylique.*

I. Les principales applications thérapeutiques du salol. — Il est bon de résumer quelquefois l'action thérapeutique d'un médicament que l'expérience a consacré. Nous allons le faire aujourd'hui pour le salol.

Dans un excellent travail, M. Egasse, rappelant que ce sel étant formé par la combinaison de l'acide phénique et de l'acide salicylique, trouve son indication dans beaucoup de maladies à la fois, comme antipyrétique, analgésique et antiseptique. Cette triple propriété jointe à son pouvoir toxique très faible permet son emploi dans les affections suivantes :

a) *Affections rhumatismales et névralgiques.* — Dans le *rhumatisme* articulaire aigu, son action antipyrétique et analgésique est certainement inférieure au salicylate de soude, mais il présente un avantage sur ce dernier sel : étant insoluble dans le suc gastrique qui est acide, il n'a aucune action irritante sur la muqueuse stomacale d'après Egasse (1). Il trouve son application, non seulement dans les manifestations articulaires du rhumatisme, mais aussi dans les affections rhumatismales et névralgiques de la *gorge*, des *oreilles* et des *yeux*, dans la *sciatique*, dans les *névralgies lombo-abdominales*, dans les *crises douloureuses* du tabes, etc. Dans tous ces cas, la dose doit être de quatre à six grammes par jour, par cachets de 0,50 centigrammes à un gramme. Dans les *faux-rhumatismes* et notamment dans le *rhumatisme blennorrhagique*, le salol n'a aucune action.

En un mot, si le salol est doué d'une saveur moins désagréable que le salicylate de soude, s'il produit moins souvent que lui des troubles digestifs, de la surdité et des bourdonnements d'oreilles, il lui est certainement inférieur dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu.

b) *Affections gastro-intestinales, diarrhées.* — Le salol ne se dédoublant en acide salicylique et acide phénique que dans le duodénum, on a eu naturellement l'idée de l'employer dans les affections gastro-intestinales, surtout à titre d'antiseptique. Chez les adultes, la dose doit être de 0,50 centigr. toutes les deux heures. Aux enfants de six mois, 0,025 millig. toutes les deux heures ; à ceux de 7 à 10 mois, un à cinq centigr. ; pour ceux d'un an à dix-huit mois, dix centigr. toutes les deux heures.

Dans les affections du côlon, le salol n'a aucune action, à moins qu'on l'ordonne en lavement.

Chez les adultes, il peut être associé au salicylate de bismuth, à la dose de 4 grammes par quatre cachets de un gramme pris avant les repas (Hirtz).

J'emploie le salol (à la dose de 2 à 4 et même 6 gr. par jour) comme antiseptique intestinal dans les diarrhées fétides de la *fièvre typhoïde* et de la *tuberculose*. Je recommande aussi les cachets suivants au milieu des repas, dans les *dyspepsies* et surtout dans celles qui s'accompagnent de fermentations putrides, de renvois nidoreux, avec ou sans diarrhée. Dans cette formule, le bétol (ou salicylate de naphtol) remplace très avantageusement le naphtol parce qu'il n'est doué d'aucune saveur (ce qui permet son emploi facile dans la médecine infantile), et qu'il ne provoque pas des éructations fort désagréables, comme le naphtol :

Salol.....	} àà 5 gr.
Bétol.....	
Pancréatine.....	
Poudre de noix vomique.....	0,50 centigr.

Pour 20 cachets. Prendre un cachet au milieu de chaque repas.

Dans la fièvre typhoïde, lorsque la diarrhée est très abondante et fétide, on peut avoir recours aux cachets suivants :

Salol.....	} àà 10 gr.
Salicylate de bismuth.....	

Pour 20 cachets. En prendre un toutes les deux heures (4 à 6 par jour, suivant les cas).

c) *Affections génito-urinaires.* — Le salol s'éliminant rapidement par les urines, on a songé à l'employer pour l'antisepsie des voies urinaires. Quelques auteurs ont craint une action irritante sur les reins, la production ou l'augmentation de l'albuminurie. Or, ces faits sont exceptionnels.

En France, c'est le regretté Dreyfous qui a vulgarisé son emploi dans la *blennorrhagie* aiguë, et qui a constaté la guérison assez rapide de cette maladie sous l'influence du salol prescrit aux doses de 5 à 8 gr. par jour. Le même auteur a émis l'opinion que le salol pouvait être employé dans toutes les opérations pratiquées sur les voies urinaires, et cela dans le but de rendre l'urine aseptique. Mais les résultats obtenus par les divers auteurs sont contradictoires. C'est ainsi que Bazy, qui se loue beaucoup de l'emploi du salol dans les affections urinaires, le recommande surtout chez les *prostatiques*, les rétrécis, en général chez tous les malades atteints d'une affection des voies urinaires et chez lesquels on doit pratiquer une opération (à la dose de 4 gr. par jour). De son côté, un élève de Guyon, Albarran, a noté son inefficacité dans la blennorrhagie aiguë, les cystites et les pyélo-néphrites. Dans les uréthrites aiguës, quelques auteurs ont cependant proposé de joindre à l'emploi interne du salol, l'usage d'injections dans le canal, à la dose de 0,30 centigr. à 0,60 cent., 1 gr. 20 et même deux grammes.

Dans le *cancer de l'utérus*, le salol agit très efficace-

(1) *Bulletin de thérapeutique*, 30 septembre 1891.

Digitized by Google

ment contre la fétidité des pertes. On peut l'employer à la fois en injections et par la voie gastrique.

d). *Affections de la gorge.* — Dans ces affections (*angines aiguës, tonsillites, angines phlegmoneuses, etc.*, Gouguenheim a noté à cette place (1) les bons effets de ce médicament. A la dose de 3 à 6 grammes par jour, on obtient la cessation rapide de la dysphagie, la diminution des phénomènes inflammatoires. Ces faits ont été confirmés par Capard (de Bruxelles) et Saint-Philippe (de Bordeaux). Dans un cas de *gangrène des amygdales* et du voile du palais, Juhel-Renoy a obtenu de bons résultats à l'aide de pulvérisations de solution éthérée ou alcoolique de salol, et d'insufflations de poudre.

e). *Pneumonies, pleurésies.* — Quelques auteurs ont noté les bons effets du salol dans la pneumonie, et Drzewiecki (cité par Egasse) a recommandé l'usage du salol dans la pleurésie, aux doses, certainement excessives, de 8 à 12 grammes par jour.

f). *Affections chirurgicales et externes.* — Nous serons bref sur ce point. On sait que, maintenant, la plupart des chirurgiens ont substitué la poudre de salol à l'iodoforme, pour le pansement des *plaies*, des *épithéliomas*, des *caries osseuses*, des *abcès*, des *brûlures*, des *ulcères*, des *chancres syphilitiques*, etc. Voici une formule de poudre antiseptique :

Salol.....	1 à 5 grammes
Amidon.....	50 —

g). Dans les *affections cutanées*, le salol a encore trouvé son emploi. Quelques auteurs emploient la pommade à 5 ou 8 de salol pour 100 de vaseline, et c'est ainsi qu'on a pu noter la guérison assez rapide de l'impétigo et du sycosis non parasitaire.

II. **L'élimination des iodures.** — Voici une question assez importante, en raison de l'usage des iodures, devenu si fréquent. Déjà, en 1874, Welander (2) avait vu qu'un quart d'heure après l'administration des iodures, on pouvait retrouver l'iode dans les urines, et la plupart des auteurs avaient admis que la majeure partie du médicament s'élimine par les reins. C'est ainsi qu'après l'administration de 2 gr. 60 de KI, on a pu en retrouver jusqu'à 2 gr. 47 dans l'urine. Pour Rosenthal (3), l'élimination de KI dépend de la quantité d'eau absorbée, et c'est ainsi que la même dose de KI, qui s'éliminerait en 24 heures avec une alimentation abondante d'eau, exigerait 40 heures lorsque cette alimentation est faible. Dans le cas d'albuminurie ou de lésions rénales, l'iodure s'élimine plus lentement, et plus incomplètement, ce qui se comprend.

On sait qu'Haslund (de Copenhague) a recommandé les hautes doses (jusqu'à 30 et 40 grammes par jour) dans le traitement du psoriasis. A ce sujet, les docteurs Bergh et Christian Gram (4) ont prétendu que ces doses excessives ne pouvaient avoir aucune influence sur l'organisme, parce que, selon eux, une grande quantité de KI traversait l'intestin sans être absorbée. Or, la plupart des auteurs (Bernatzik, Schafer, Welander) ont bien pu retrouver quelques traces de médicament dans les larmes, la salive, la sueur, la bile, le lait et le liquide amniotique, mais ils en ont constaté très rarement, et pour ainsi dire exceptionnellement, dans les matières fécales. De son côté, Edward Ehlers (de Copenhague) a dernièrement établi de la façon suivante l'élimination de l'iodure de potassium par les urines (1) :

1° Les symptômes d'iodisme apparaissent lorsque seulement la moitié de la quantité administrée s'élimine ;

2° L'élimination de ces fortes doses d'iodure se fait en 4 ou 5 jours. (Ainsi un malade qui prenait une dose quotidienne de 20 grammes en a éliminé 15 gr. 20 le 1er jour, 3 gr. 27 le lendemain, et plus rien les jours suivants) ;

3° Les expériences prouvent que l'iodure de potassium, à cause de son absorption facile, de sa facilité et de sa vitesse d'élimination, est un remède presque inoffensif ;

4° Lorsqu'il s'agit de doses atteignant 20 grammes, l'élimination de l'iodure se fait dans les proportions de 75 pour 100 par l'urine, et avec une telle rapidité que tout danger pour l'organisme est évité, pour peu que la faculté d'excrétion des reins soit normale. Au delà de 20 grammes, la résorption semble être un peu incomplète.

D'un autre côté, J. Roux (2) est arrivé, à la suite d'expériences, aux conclusions suivantes :

1° L'élimination des médicaments qui passent dans l'urine, et spécialement de l'iodure de potassium, commence deux ou trois minutes après l'injection dans une séreuse ou même après l'ingestion stomacale ;

2° Elle se prolonge, en général, chez des individus normaux, au moins pendant 36 heures pour des doses moyennes ;

3° Dans le cas de doses répétées massives, l'élimination peut se prolonger pendant au moins onze jours.

Les résultats de ces expériences sont un peu différents de ceux d'Ehlers ; néanmoins ces deux auteurs sont arrivés à des conclusions semblables sur la facilité d'élimination des iodures, ce qu'il était important de démontrer une fois de plus pour la pratique.

III. **Traitement des diarrhées infantiles, de l'incontinence d'urine chez les enfants, et des pleurésies par l'antipyrine.** — a). Nous avons déjà parlé du traitement des diarrhées infantiles par l'antipyrine, d'après la méthode préconisée par St Philippe (de Bordeaux). Cette question (le traitement des diarrhées infantiles) étant toujours d'actualité pour les praticiens, nous croyons utile d'y revenir encore. S'appuyant sur le mode d'action de l'antipyrine qui se rapproche de celui de la morphine

(1) Voir *Revue de clinique et de thérapeutique*, 1889-90.
(2) Welander. *Nordiskt medicinskt Arkiv.* 1874.
(3) Rosenthal. *Wiener med. Woch.* 1863.
(4) *Det Kjobenhavnske medicinske Selskabs Forhandlinger i.* (1881-1888).

(1) Ehlers. (*Ann. de derm. et de syphiligraphie.* 25 mai 1890.)
(2) J. Roux. — Expériences sur l'élimination des iodures et de quelques médicaments par l'urine (*Thèse de Paris*, 1890).

Digitized by Google

par ses propriétés analgésiantes, sur les vertus hémostatiques et astringentes, démontrées par MM. Hénocque, Huchard et Arduin, enfin sur la diminution de sécrétions intestinales que produit ce médicament, le savant médecin de Bordeaux arrive aux conclusions suivantes :

1° L'antipyrine est le médicament de choix (bien préférable à l'acide lactique) à opposer aux diverses espèces de diarrhées infantiles. Le médicament agit surtout dans les formes hypercriniques, dyspeptiques, douloureuses et réflexes ;

2° Elle est absorbée et supportée, le plus souvent, avec la plus grande facilité par les enfants ;

3° Aucune contre-indication n'existe à son emploi, à la condition de ne pas dépasser les doses compatibles avec le jeune âge des sujets.

Or, ces doses sont les suivantes :

Pour les enfants d'un jour à six mois, voici la formule :

Eau de tilleul	ãã 50 gr.
Sirop de fleurs d'oranger.....	
Antipyrine	0 gr. 50

Quatre à six ou sept cuillerées à café par jour, ou toutes les deux heures, si le cas l'exige, en ayant soin de faire absorber chaque dose un quart d'heure avant chaque tétée. Quand il y a lieu de redouter la forme cholérique, remplacer la fleur d'oranger par le sirop de punch, surtout chez les enfants plus âgés.

De six mois à un an, il faut porter la dose à un gramme ; d'un an à trois ans, à 1 gr. 50 et même 2 grammes, ce qui fait 0,10 cent. à 0,20 cent. pour les tout petits, et 0,60 ou 0,80 cent. pour les plus âgés.

Le succès de cette médication se montre surtout dans les diarrhées catarrhales primitives, et dans les diarrhées réflexes d'origine dentaire. Quant à la diarrhée survenant chez les enfants élevés au biberon pendant la saison estivale, chez ceux qui prennent prématurément une nourriture trop forte ou bien à l'époque du sevrage, elle offre plus de résistance à ce traitement. Cela se comprend aisément, et dans ces cas, le traitement hygiénique s'impose tout d'abord.

b). M. Gaudez, dans un travail inaugural (Thèse de Paris 1891), résume ainsi les résultats obtenus par l'emploi de l'antipyrine dans l'*incontinence urinaire* des enfants :

Sur 37 malades, il y a eu 19 guérisons (plus de 51 pour 100), 15 améliorations (plus de 40 pour 100), 3 insuccès (environ 8 pour 100). Dans le cas où le médicament réussit, il a une action très rapide qui se manifesterait dès la première dose. Dans les 3 cas d'insuccès, l'effet a été nul dès le premier jour.

Pour notre part, nous croyons que la part des succès est trop belle pour être absolument vraie. Néanmoins, cette médication si facile doit être tentée contre une maladie d'ordinaire si rebelle. Elle est, en tous cas, rationnelle ; car l'incontinence d'urine essentielle étant le résultat d'un spasme des fibres qui préside à l'expulsion des urines, l'emploi de l'antipyrine comme nervin est pleinement justifié contre cette affection, d'autant plus que ce médicament agit encore sur la sécrétion urinaire qu'il diminue. Dans sa thèse inaugurale sur l'emploi de l'antipyrine dans certaines affections nerveuses de l'enfance (*Thèse de Lyon*, 1890), M. Bouisson a noté, de son côté, un assez grand nombre de succès obtenus par cette médication.

Le mode d'administration de l'antipyrine est le suivant dans l'incontinence nocturne des enfants :

On prescrit 1 gr. 50 à 4 grammes, selon l'âge des enfants, que l'on fait prendre à deux heures d'intervalle, une première dose au dîner vers 6 heures et une seconde à 8 heures, avant le sommeil. Il est bon de fractionner en autant de doses qu'il y a de grammes : ainsi, un enfant à qui on veut donner deux grammes d'antipyrine, en prendra 0,50 centigrammes à 4 heures, 6 heures, 8 heures et même 10 heures du soir. Bien que l'amélioration et même la guérison puisse survenir dès la première dose, il faut continuer la médication, au moins pendant 15 jours consécutifs, et ne pas craindre d'augmenter la dose et d'en prolonger l'usage, puisqu'il est démontré que les enfants supportent très bien l'antipyrine.

c). Pour mémoire, je rappelle que l'antipyrine a été recommandée dernièrement par le Dr Clément (de Lyon) pour le traitement des *pleurésies* à leur début. Notre distingué confrère a obtenu la résolution assez rapide de l'épanchement par des doses d'antipyrine variant de 4 à 6 grammes par jour (un gramme toutes les quatre heures, en ayant soin de continuer à la dose de 4 grammes pendant quelques jours, une fois le liquide résorbé).

IV. **Traitement des pleurésies par la médication salicylique.** — « Le salicylate de soude donne d'excellents résultats dans le traitement des épanchements pleurétiques de toute nature qu'il fait résorber plus rapidement que n'importe quelle autre médication. Cette propriété thérapeutique paraît s'exercer non pas à la façon des dérivatifs, par la diurèse ou les sueurs que peut provoquer l'administration du médicament, mais d'une manière directe : le salicylate, dont on décèle la présence dans l'épanchement, agirait localement sur la séreuse enflammée, et peut-être sur l'agent infectieux probable lui-même, en rendant le milieu incompatible avec son existence. »

Telle est la conclusion d'un travail de M. Georges Billard sur cette question. (*Thèse de Paris*, 1891). Il avait été précédé dans cette voie par Talamon qui, dans son article sur « le salicylate dans les épanchements séreux » s'insurge, non sans raison, contre l'usage et l'abus du vésicatoire.

Il faut employer cette médication le plus hâtivement possible à la dose de 4 à 6 et même 8 grammes par jour, tout en tenant compte des contre-indications dont les affections rénales font tous les frais. Voici, à ce sujet, une formule que l'on peut employer :

Salicylate de soude.....	12 grammes
Rhum vieux.....	60 —
Sirop diacode.....	50 —
Eau distillée.....	100 —

Une cuillerée à soupe dans un verre de lait, 4 à 6 fois par jour, chaque cuillerée contenant un gramme de sel.

Si, malgré cette médication, l'épanchement reste toujours abondant, il est évident qu'on a la ressource de la

Digitized by Google

thoracentèse. Mais, puisque l'antipyrine et le salicylate de soude concourent à diminuer l'abondance des épanchements pleurétiques, on pourrait encore, comme je l'ai proposé, associer ces deux médications dans le but de leur donner une force intensive plus grande.

HENRI HUCHARD

REVUE DE PHARMACOLOGIE ET DE POSOLOGIE

I. *Quelques incompatibilités des benzoates alcalins.* — II. *Incompatibilité de la morphine et des iodures alcalins.* — III. *Incompatibilité du borax et de la cocaïne.* — IV. *Comment formuler un gargarisme astringent?*

I. **Quelques incompatibilités des benzoates alcalins.** — De *minimis non curat pretor*: les sages le disent, mais les féconds inventeurs de formules médicamenteuses l'oublient souvent. Double raison, ne le pensez-vous point, pour les thérapeutistes, de s'en souvenir, et, pour le *Journal des Praticiens*, de le rappeler dans ses revues de pharmacologie et de posologie.

Depuis quelques années, on prescrit souvent les benzoates alcalins; trop volontiers, on les associe à d'autres agents médicamenteux. Il faut le faire avec discernement.

Témoin la potion suivante que M. Gay (de Montpellier) a signalée comme un exemple d'incompatibilité médicamenteuse (1):

Benzoate de soude.
Perchlorure de fer.
Sirop.

Eh bien! par le mélange de ces substances, il se produit un épais précipité blanc jaunâtre de benzoate de fer. La potion est dépourvue de toute activité, c'est un danger; elle répugne au malade, c'est un inconvénient. Voilà donc une formule à condamner.

Autre exemple, que j'emprunte au même observateur. Il s'agit d'associer la quinine et la caféine dans une potion ainsi formulée:

Sulfate de quinine..... }	ãã 1 gramme
Caféine..... }	
Acide tartrique.....	q. s.
Sirop d'écorce d'oranges amères.	30 grammes
Julep.....	100 —

Le benzoate de soude est le dissolvant habituel de la caféine. Il ne figure pas dans cette formule: est ce une omission? Dans ce cas, doit-on dissoudre la caféine au moyen du benzoate alcalin, puis la quinine, par l'acide tartrique et mélanger les deux solutions? Non, car il se formerait un benzoate de quinine presque insoluble. Que faire?

S'en tenir à la formule: l'acide tartrique sert de dissolvant commun à la quinine et à la caféine; aucune incompatibilité ne le sépare de ces deux alcaloïdes: d'où *consequentia consequentibus sequuntur*: incompatibilité entre les sels de quinine et les benzoates alcalins véhiculés dans un même dissolvant.

II. **Incompatibilités de la morphine et des iodures alcalins.** — Ici, le fait est plus classique. On connaît, en effet, l'action du réactif de Bouchardat sur les solutions alcaloïdiques et son emploi dans les analyses toxicologiques. L'iodure de potassium ioduré précipite les alcaloïdes. Kunz (1) a montré que la solution pure d'iodure de potassium possède la même propriété.

A l'état solide, ou en mélange avec une solution de morphine, il donne lieu à un précipité cristallin d'iodhydrate de morphine. Même réaction en présence d'un sel de strychnine.

On ne doit donc pas associer dans une même préparation un sel de morphine ou de strychnine avec un iodure alcalin.

III. **Incompatibilité du borax et de la cocaïne.** — On prescrit souvent des collyres boratés à la cocaïne.

Si le borate de soude en solution restait neutre, très vraisemblablement il n'y aurait aucun inconvénient dans cette association médicamenteuse.

Malheureusement, d'après M. Julliard, le borate de soude, qui est neutre en solution concentrée, devient alcalin en solutions diluées. Celles-ci contiennent donc de la soude en liberté. De là une double réaction, un précipité basique de cocaïne et l'altération des solutions.

Il faut donc : *éviter de prescrire un collyre borate à la cocaïne* et *le remplacer par des collyres boriqués à la cocaïne*, l'acide borique étant compatible à toutes doses avec les sels de cocaïne.

Autre remarque : *contraria contrariis démonstrantur* : le borax concentré demeurant neutre, on explique ainsi la stabilité plus grande et la conservation des *pastilles boratées à la cocaïne* quand elles ont été l'objet d'une soigneuse préparation.

IV. **Comment formuler un gargarisme astringent?** — La question intéresse la pharmacologie plutôt que la posologie. C'est encore à M. Gay que j'en emprunte la solution.

Le *gargarisme à l'alun et au miel rosat* est de tous le plus banal et non le plus efficace. Le *Codex* en formule ainsi la préparation :

Roses rouges sèches.....	10 grammes
Eau bouillante.....	250 —
Alun cristallisé.....	5 —
Miel rosat.....	50 —

On connaît la coloration vineuse du médicament. On connaît aussi son aspect trouble et désagréable. Il se produit, en effet, un précipité de tannates organiques. Heureusement que ce précipité est partiel; après filtration, le remède donne encore les réactions chimiques de l'alun et du tannin. Il y donc incompatibilité — « au point de vue de l'aspect » — du médicament et non point à celui de ses propriétés astringentes.

Il faudrait filtrer, ajoute M. Gay, et le *Codex* omet de le prescrire! C'est bien fâcheux. Cependant, il lui faudrait bien tout prévoir.

On préférera donc à ce remède le gargarisme classique des hôpitaux :

Alun.....	5 grammes
Sirop de mûres.....	50 —
Eau.....	250 —

(1) GAY. *Gazette des Sciences médicales de Montpellier* (25 octobre 1890).

(1) *Archiv f. Pharm.* 1888.

Digitized by Google

C'est l'avis de M. Gay, c'est le mien, c'est encore, j cros, celui de beaucoup de monde; car, l'avoir après formulé on éprouve presque la satisfaction de se dire, enfin : *de omni re curavit pretor ?*

Ch. Eloy.

REVUE DES CLINIQUES
DE FRANCE ET DE L'ETRANGER

MÉDECINE

Paris. Hôpital Necker : I. *Des crises gastriques douloureuses.* — Hôpital de la Pitié : II. *Des formes atténuées de la scarlatine.* — Montpellier. Hôpital Saint-Eloi : III. *Traitement des coliques de plomb.*

I. **Des crises gastriques douloureuses.** — Certaines crises gastriques douloureuses sont symptomatiques d'une maladie nette et bien connue (ulcère rond, lithiase biliaire, ataxie, etc.); d'autres, plus fréquentes peut-être, mais moins connues, constituent à elles seules la maladie. C'est de ces sortes de névroses de l'estomac que s'occupe M. Rendu, affections caractérisées par une douleur vive à l'estomac, avec irradiations en divers sens, crampes et vomissements. L'accès est brusque, la douleur atteint aussitôt son apogée et va dès lors en diminuant. La crise passe rapidement et ne laisse plus de traces. Les accidents paraissent sous la dépendance du système nerveux, les malades sont des surmenés, c'est l'influence morale qui domine.

D'après M. Rendu, la gastralgie névrosique, névrose pure de l'estomac, peut revêtir trois types principaux :

1° Paroxysmes, caractérisés par une douleur insupportable à l'épigastre, survenant brusquement et allant en diminuant;

2° Hypersécrétion habituelle, hyperpepsie de Hayem, hyperchlorhydrie de G. Sée, qui présente deux formes cliniques suivant que l'hypersécrétion est périodique ou continue;

3° Dyspepsie continue avec ou sans vomissements.

Dans les paroxysmes, la morphine calmera les douleurs et ralentira la sécrétion gastrique. Le lavage de l'estomac, le lait en abondance et le bicarbonate de soude donnent aussi de bons résultats.

L'hyperchlorhydrie sera neutralisée par les alcalins à haute dose (M. Huchard en donne jusqu'à 20 grammes par jour).

Enfin, le système nerveux sera calmé par l'hydrothérapie et par la suppression des causes d'excitation ou de préoccupation.

Souvent aussi, la maladie est d'origine réflexe (affection intestinale ou utérine), et c'est aux causes premières que l'on doit s'attaquer.

II. **Des formes atténuées de la scarlatine.** — Certaines scarlatines, par leur extrême bénignité, peuvent se ranger parmi les scarlatines anormales. Celle dont M. le Dr Jaccoud rapporte l'histoire en est un exemple. On n'y rencontrait ni l'élévation thermique de la période d'invasion, ni les vomissements, ni les symptômes généraux graves qui terrassent le malade, ni délire, ni phénomènes cérébraux. La maladie était tellement atténuée que c'est à peine si l'on y trouva les deux grands symptômes, l'angine, qui fut légère, et l'éruption. De plus, la maladie ne dura que cinq jours. Il faut en retenir encore que la malade avait une grande quantité d'albumine dans ses urines.

Comme la malade avait accouché deux mois avant, on pense que cette albumine était d'origine puerpérale. Mais, ce qu'il y a de remarquable au double point de vue clinique et bactériologique, c'est que la malade, le surlendemain de son entrée, avait présenté au cou une plaque rouge, rugueuse, prurigineuse, sur laquelle se détachaient deux ou trois pustules qui se rompirent et formèrent une croûte impétigineuse.

L'examen bactériologique prouva que l'on se trouvait en présence d'un streptocoque virulent. Or, d'après les recherches de Lenhartz, l'angine du début de la scarlatine est une angine à streptocoques, dans la plupart des cas, et la contamination par les produits amygdaliens peut devenir le point de départ d'un érysipèle. On arrive aux conclusions suivantes :

1° L'angine précoce de la scarlatine est une angine à streptocoques;

2° Ce streptocoque se rapproche par divers caractères du streptocoque pyogène;

3° Ce streptocoque peut donner lieu à un érysipèle, ce qui eut lieu chez la malade de M. Jaccoud. Aussi, dit-il, bien que nous ne soyons pas autorisés à conclure que le micro-organisme, encore peu connu, de la fièvre scarlatine, soit un streptocoque proche parent des streptocoques mieux étudiés de la suppuration et de l'érysipèle, nous pouvons au moins affirmer la fréquence de la coexistence de ces divers agents infectieux. Cette observation est un exemple typique de la parenté bactériologique qui unit la scarlatine à l'érysipèle.

Le processus peut s'expliquer de la façon suivante : le streptocoque de l'angine précoce, inoculé par la salive à la surface de la peau, a amené la formation des pustules dans lesquelles il a été recueilli, et, de là, transporté par les doigts à l'angle interne de l'œil, il a causé un érysipèle dont la muqueuse a été le point de départ.

III. **Traitement des coliques de plomb.** — Une triple indication se présente dans les cas graves d'intoxication saturnine : évacuer, calmer, neutraliser.

C'est en faisant usage alternativement des évacuants et des calmants, que M. Espagne est arrivé à guérir ses malades, grâce à l'élimination physiologique du poison combiné à l'évacuation thérapeutique. La méthode qu'il a employée est analogue au traitement de la Charité, le résultat est plus complet, les moyens seuls diffèrent. Le traitement de la Charité, que tant de médecins regardent comme infaillible, est excellent, en effet, dans ses principes, mais les remèdes y sont trop nombreux et mal associés. Beaucoup sont inutiles, quelques-uns sont surannés et un peu ridicules. M. le Dr Espagne, en traitant suivant leurs indications les accidents d'un cas de colique de plomb, l'a ainsi modifié :

Le premier jour (troisième de la maladie), un gramme de calomel en dix paquets. Un paquet toutes les demi-heures. Potion à dix centigrammes d'extrait aqueux de belladone. Lavement purgatif (un demi-litre de décoction de pariétaire avec trois cuillerées à bouche d'huile d'olives et une de savon blanc). Cataplasmes chauds sur le ventre; à l'intérieur, tisane de mélisse et de mauve, lait.

Le second jour, onctions sur le ventre avec la pommade iodurée-belladonée. Potion avec deux grammes d'iodure de potassium. Grand bain d'une heure et demie. Lait, bouillon, tisane d'orge. Pour la nuit, potion laudanisée.

Le troisième jour, dix centigrammes de tartre stibié dans un litre d'eau, à prendre par verres toutes les vingt minutes; potion laudanisée.

quatrième jour, lavement purgatif avec vingt gram-

Digitized by Google

mes de feuilles de séné et soixante grammes de sulfate de soude.

Deux jours après, le malade était guéri.

Le traitement de la Charité insiste beaucoup sur l'émétique, mais un vomitif végétal vaudrait mieux, l'émétique favorisant la solution du carbonate de plomb.

Quant à la prophylaxie des intoxications saturnines, il faut remarquer qu'avec quelques précautions, le danger des usages industriels du plomb diminuerait beaucoup. On pourrait, par exemple, remplacer la céruse par l'oxyde de zinc, sans inconvénient.

P. C.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

CHIRURGIE

Abcès du grand droit abdominal simulant un abcès du foie, par M. M. Broca. — Le cas a été, de la part de l'auteur, l'objet d'une erreur de diagnostic. Le malade avait été atteint dix ans avant de fièvres paludéennes et de diarrhée dysentériforme. Rentré en France en 1880, il eut pendant plusieurs années des accès de fièvres intermittentes, des douleurs dans la région du foie, avec fièvre légère. (*Gazette Hebd.* 3 octobre 1891).

Le 15 juillet 1890, il fut fortement serré par un cheval contre un mur. La contusion porta sur l'hypochondre droit et fut suivie d'une douleur insignifiante. Mais quelques jours après, il ressentit une douleur hépatique lui rappelant ses anciennes douleurs, garda le lit pendant deux mois, et finit par entrer à l'hôpital.

Le foie était gros et on diagnostiqua une hépatite aiguë. Le 4 octobre il y avait voussure à droite de la ligne médiane, allant du rebord des fausses côtes au niveau de l'ombilic. A la jonction de l'épigastre et de l'hypochondre, un peu au-dessus de l'ombilic ; on sentait une fluctuation profonde. En dehors de cette tumeur, on sentait le foie hypertrophié dont le bord antérieur bordait les fausses côtes de deux travers de doigt. Croyant à un abcès du foie, M. Broca fit la laparotomie médiane sus-ombilicale, et constata la présence du pus dans la gaine du muscle grand droit, c'est-à-dire dans une poche n'ayant aucun rapport avec la glande hépatique. Drainage de la poche, pansement iodoformé, guérison. H. M.

Erythème eczémateux à la suite de pansements au salol, par M. Cartaz. — Les éruptions saloliques consécutives à des pansements ont déjà été signalées (1). Ici, il s'agit d'un érythème eczémateux développé chez un arthritique à la suite d'insufflations de salol dans les fosses nasales. (*Ann. de laryngol.* sept.-oct. 1891).

C'était un érythème léger avec saillies vésiculeuses, démangeaison et prurit intense. Le traitement ordinaire ne donna aucun résultat ; l'affection céda aussitôt que le salol eut été supprimé.

L'auteur a observé un second cas à peu près semblable. A la suite d'insufflations de salol dans le cornet inférieur, chez un arthritique, il survint une éruption pseudo-eczémateuse sur l'aile du nez et de la lèvre supérieure. Le malade n'était pas sujet à l'eczéma, mais il avait eu de l'acné rebelle. La suppression du salol amena encore la guérison. Ces exanthèmes se produisent seulement quand le salol est employé comme topique. Donné à l'intérieur, il ne produit jamais ces effets. P. C.

MÉDECINE

La tuberculine purifiée, par M. R. Koch. — Dans ce long mémoire, le quatrième qu'il publie sur ce sujet, l'auteur rappelle les tentatives pour isoler le principe actif de la tuberculine.

Il avoue, d'ailleurs, que la solution du problème ne lui parait point encore prochaine (*Deut. Med. Woch.*, 22 octobre 1891).

En mélangeant la tuberculine avec un volume quintuple d'alcool, il se sépare une masse brune d'apparence résineuse adhérant au fond du vase et possédant, aussi bien que le liquide sus-jacant, les effets de la tuberculine. En mélangeant l'alcool à la tuberculine en proportion plus faible (c'est-à-dire dans la proportion de deux à trois), on ne provoque pas la séparation de la masse brunâtre à apparence résineuse, mais on obtient un précipité blanc floconneux qui se laisse purifier au moyen d'un lavage à l'alcool employé au même degré de concentration.

On place 10 centimètres cubes de tuberculine dans un verre de précipité et l'on y ajoute, en agitant sans cesse, un volume et demi (c'est-à-dire ici 15 centimètres cubes) d'alcool absolu, après vingt-quatre heures. Il se forme un dépôt floconneux. On décante, on ajoute de l'alcool à 60 en quantité égale, on agite et on laisse se reformer un dépôt. On répète cette manipulation trois ou quatre fois jusqu'à ce que l'alcool finisse par demeurer presque incolore ; on lave à l'alcool absolu et le dépôt filtré est séché dans le vide. On obtient une masse d'un blanc neigeux qui, desséchée à 100°, se présente sous la forme d'une poudre teintée en gris.

Cette substance est plus active que la tuberculine brute. Cependant, on ne saurait affirmer que c'est la tuberculine pure.

Tandis qu'il faut au moins 50 milligrammes de précipité recueilli à l'aide de l'alcool absolu pour obtenir le même effet qu'avec 5 décigrammes de tuberculine, il suffit de 10 milligrammes du précipité recueilli à l'aide de l'alcool à 60 0/0.

M. Koch conserve depuis quatre mois une solution de tuberculine pure dans 50 0/0 de glycérine, dont l'activité n'a pas varié.

La tuberculine purifiée donne les réactions des matières albuminoïdes.

Cependant son action sur l'acétate de plomb et l'acide acétique laisse le droit de croire que la substance n'est pas absolument pure.

MM. Kitasato, A. Wassermann, H. Maass et P. Guttmann se sont prêtés à des expériences sur l'homme. Dans tous les cas, la santé fut, après vingt-quatre heures, rétablie complètement ou à peu près.

L'élévation thermique correspondait exactement à la dose employée :

2 milligrammes donnèrent 38° 2, température maxima ; 3 milligrammes, 38° 7 ; 4 milligrammes, 39° ; 5 milligrammes, 39° 2.

Avec des doses plus faibles on fit des essais sur des tuberculeux. Pendant quelques mois, ils furent traités soit exclusivement avec de la tuberculine pure, soit alternativement avec elle et le même produit brut. Ici encore la tuberculine pure ne se différencie pas de la tuberculine brute. La première a la même valeur diagnostique et thérapeutique que la seconde, lorsqu'on l'emploie à des doses telles que les phénomènes réactionnels et, notamment, la température, qui en est le meilleur signe, atteignent le même degré. Toutefois, la tuberculine pure, qui agit sur le cobaye cinquante fois plus énergiquement que le produit brut, n'a pas sur l'homme une action plus de quarante fois supérieure à celle de ce dernier corps.

Ces faits, nouveaux, ajouterons-nous, ne modifient donc pas ce que l'on savait déjà sur la tuberculine et ne fixent point définitivement sa composition. S. R.

Pyohémie par piqûre de mouche, par M. R. Paltauf. — L'inoculation, par les mouches, des différentes maladies conta-

(1) Voir : Morel Lavallée. (*Rev. générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1891, n° 38, p. 593).

Digitized by Google

gieuses est connue. Dans le cas de M.R. Paltauf, il s'agit d'une femme de 30 ans piquée à la paupière supérieure droite par une mouche. A ce niveau se développe un phlegmon érysipélateux, puis de la phlébite cérébrale, et des abcès miliaires du muscle temporal et des poumons. Le foie, les reins, la rate sont altérés (*Wien. kl. Woch*, 1891. p. 35).

La culture sur gélose d'une parcelle donna naissance aux deux mêmes organismes, le staphylocoque pyogène doré, et le staphylocoque blanc. H. G.

L'auscultation dans l'emphysème pulmonaire, par M. Lermoyez. — Il s'agit d'un homme de 60 ans arthritique : accès d'asthme à l'âge de 20 ans, dyspepsie à répétition, hémorrhoïdes. Rien du côté des poumons jusqu'à la dernière épidémie d'influenza. A ce moment, l'auscultation faite constate de l'emphysème pulmonaire accentué et dictant un pronostic réservé.

Cependant l'emphysème persiste toujours au même dégré et le sujet n'en paraît guère incommodé. Cette discordance entre les symptômes subjectifs et les signes d'auscultation paraîtrait inexplicable, si M. Lermoyez n'avait mesuré au spiromètre la capacité pulmonaire de son malade et vérifié qu'elle égalait la normale. (*Revue de Méd.*, oct. 1891).

Ainsi donc, l'auscultation ne nous renseigne que sur l'état de la couche corticale du poumon. Par suite de la mauvaise conductibilité du parenchyme plein d'air, le centre échappe totalement à notre investigation à moins d'une densification pathologique et à la fois centrale et périphérique. C'est pour cette raison que la pneumonie centrale, que les cavernes entourées d'emphysème ne se trahissent à l'oreille par aucun signe perceptible.

Chez le malade en question l'emphysème n'atteignait que la corticalité du poumon ; par conséquent, il n'avait perdu fonctionnellement qu'une très minime portion de l'organe ; l'auteur conclut que dans un cas d'emphysème pulmonaire, l'oreille fait le diagnostic, le spiromètre le pronostic. H. G.

TOXICOLOGIE

Empoisonnement chirurgical par le sublimé, par M. Horn — Il s'agissait d'une périnéorraphie. A la fin de l'opération. on pansa les plaies avec le sublimé à quatre millièmes (*Cent. f. Gynæk*, 26 sept. 1891).

A dater du lendemain, l'opérée accuse de la diarrhée, du tympanisme, des nausées, puis une élévation de température et de la céphalalgie. L'urémie diminua en quantité et on dut pratiquer le catethérisme vésical. Néanmoins, ces symptômes s'amendèrent et la malade guérit.

Le traitement a consisté : 1° dans l'application d'un sac à glace localement ; 2° l'administration de l'opium à l'intérieur ; 3° des collutoires au chlorate de potasse.

En manière de conclusion M. Horn prescrit l'emploi des injections au sublimé quand il existe une plaie étendue intéressant la muqueuse vaginale. S. N.

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

MÉDECINE

Traitements de la fièvre typhoïde

par M. le Dr F. Coutenot (2)

Professeur de clinique interne à l'Ecole de médecine de Besançon

Traitement eclectique et symptomatique. — Voici la vraie thérapeutique de la fièvre typhoïde. Elle sait, selon les circonstances, faire un choix dans toutes les méthodes systématiques, prenant ce qui peut convenir à son sujet, appliquant les moyens aux divers changements fonctionnels, en même temps qu'elle attaque les modifications matérielles.

Elle songe à peine au groupe, pour ne s'occuper que de l'individu. Prise en dédain, quelquefois même en pitié par les savants, les physiologistes, les experimentateurs, elle ne leur paraît bonne que pour le médecin ordinaire, sinon vulgaire, que pour le simple *guerisseur*.

Malgré son humble et modeste situation en thérapeutique, nous la déclarons la médication traditionnelle, empirique, rationnelle, scientifique ; la médication du bon sens, celle du présent et aussi celle de l'avenir.

Le traitement des fièvres typhoïdes est complexe, mais, parmi les médications thérapeutiques, il y en a de formelles.

Les voici :

1° *Soins hygiéniques* ; 2° *combattre la cause ;* 3° *soutenir les forces ;* 4° *diriger l'évolution morbide*; 5° *traiter les complications;* 6° *faire la prophylaxie.*

1° **Soins hygiéniques.** — Nous en avons déjà parlé plus haut.

2° **Combattre la cause.** — La prophylaxie seule en a le pouvoir. Mais la maladie étant déclarée, l'indication causale résidant seulement dans la présence et la multiplication de l'agent infectieux, l'antisepsie interne, le problème le plus complexe de la pathologie expérimentale, *à fortiori* l'est-il en clinique, quelque incomplète qu'elle soit, est le seul procédé actuel.

L'*antisepsie intestinale* est ainsi d'obligation à des degrés très variables pendant tout le cours de la période évolutive de la fièvre typhoïde; elle se trouve déjà réalisée en partie par un premier moyen, l'évacuation douce et quotidienne des sécrétions et produits intestinaux (sels neutres, calomel, huile de ricin), aidée par des lavements frais phéniqués ou laxatifs.

Puis la *quinine*, qui réunit toujours ces deux propriétés, l'antisepsie et l'antithermie, administrée soit par en haut, soit par en bas surtout.

L'*hyposulfite* de soude ou la *créosote* en potions, selon le conseil de Trastour.

Le *naphtol*, véritable acquisition antiseptique intestinale, dont on possède deux espèces, le naphtol A soluble mais irritant, le naphtol B moins soluble et moins irritant.

Le *salol*, plus nouveau que le naphtol, semble lui être supérieur, en ce qu'il est mieux toléré, moins irritant, qu'il ne se décompose aussi que dans l'intestin, et qu'il est insipide, insoluble, d'une odeur agréable.

3° **Soutenir les forces.** — Dans la fièvre typhoïde, comme dans toute maladie par infection, le dynamisme est premièrement et rapidement atteint. Les *toniques* feront donc la base du traitement de la fièvre typhoïde, ils sont les véritables moyens dynamiques que Trousseau et Pidoux ont si heureusement distingués en *analeptiques* et en *névrosthéniques*.

Les analeptiques créent les réserves de force, ils représentent la force en tension (air, aliments, régime, vins, phosphate, sel marin, fer, etc.).

(2) Suite. Voir : n° 44, p. 691.

Digitized by Google

Les toniques névrosthéniques ont un mode d'action plus mystérieux, action catalytique ou de présence, ils traversent l'organisme et y laissent un surcroît de forces momentanées ou durables, forces vives dont ils sollicitent la dépense pour un besoin urgent (quina, quinine, sel ergoté, noix vomique, etc.).

Le traitement tonique sera réglé en proportion de la dépression nerveuse et de la tolérance du tube digestif. Ses moyens sont: l'alimentation, les vins et quelques substances, particulièrement le quinquina et la quinine. Il fut un temps où la diète absolue et féroce était prescrite dans tout le cours de la fièvre, on vit plus tard une réaction stupide lui succéder, on allait jusqu'à nourrir les malades à la viande.

Trousseau avec Graves, Piorry et Monneret ensuite, réglementèrent une alimentation douce, modérée quoique suffisante et sans interruption, du quatrième ou cinquième jour et pendant tout le cours de la maladie; recommandons avec insistance de craindre la surcharge et de surveiller attentivement cette diététique, surtout au début où elle doit être légère. C'est l'alimentation qui prévient les escarres, l'hypostase, les hémorragies, le coma même, etc.; du reste, l'état intestinal ne se trouve pas plus mal de la présence des résidus alimentaires que de la bile et des autres sécrétions morbides. C'est surtout à la défervescence que le moment est difficile, ne sachant si l'on permet trop ou trop peu et ne cessant de redouter la perforation lorsqu'un corps dur, un noyau, un pépin a été ingéré.

Avec l'alimentation nous avons les boissons toniques et plus spécialement le *vin* et *l'alcool*, qui sont particulièrement indiqués lorsque le pouls est mou, dépressible, irrégulier et lent, lorsque le choc du cœur est faible et que le premier bruit est diminué ou absent, lorsque le froid des extrémités coïncide avec la chaleur intense du tronc, lorsqu'il y a des sueurs profuses avec une langue sèche; aujourd'hui on les administre à larges doses, comme stimulant gastrique, nerveux et respiratoire, c'est une lamentable erreur que Murchison a judicieusement stigmatisée. Stockes lui-même, l'élève de Graves, n'allait pas si loin. Modérément, le vin et l'alcool actionnent le cœur et la circulation capillaire, mais exagérément, ils deviennent un poison de la nutrition, des excrétions et des éliminations.

Au-dessous de l'âge de quinze ans il est bon de s'abstenir, ils sont utiles au deuxième septénaire principalement, il y a donc moins de danger de doser fort chez les habitués à l'alcool, il est bon de tenir aussi compte de la race, du climat, des saisons, des habitudes, etc.

Les préparations de *quinquina* et la *quinine* surtout sont les toniques névrosthétiques par excellence. La *quinine* est-elle un simple fébrifuge, un tonique vasomoteur, intervient-elle en vertu des qualités antidotiques? Elle est antithermique soit en resserrant le réseau capillaire, soit par une propriété antiseptique; le résultat total de ce remède est la cessation de la fièvre, le relèvement des forces radicales et partant un effet tenique, elle est en outre le meilleur moyen pour régler la circulation capilllaire dans les états septiques les plus graves.

4° **Diriger le cours évolutif de la maladie.** — *Le début.* — La céphalgie, les troubles gastriques, la prostration et la calorification sont les symptômes des premiers jours, la diarrhée s'y joint quelquefois.

Contre la céphalalgie et de l'état presque saburral est bien indiqué l'ipécacuana à dose vomitive. S'il y a constipation, il est bon d'user de quelques purgatifs doux (huile de ricin, sels neutres), tout en craignant de provoquer une diarrhée persistante qui deviendra un signe de malignité.

Les vomissements des premiers jours seront combattus par le vomitif, puis les boissons gazeuses ou glacées. Applications froides sur le front, lavements quotidiens émollients et frais aidés de fomentations de même nature sur le ventre.

Pour boisson, l'eau fraîche ou très légèrement vineuse, limonades ou sirops acides, et pour aliments, bouillons clairs et lait, toutes les trois ou quatre heures, malgré la répugnance des malades.

Période d'état. — La maladie revêt d'emblée une forme, ou elle ne la dessine que lentement et tardivement.

Forme adynamique. — C'est ici qu'a lieu le recours au traitement dynamique par excellence, aux nombreuses préparations de quinquina et à la quinine, puis au régime tonique, c'est-à-dire à l'alimentation et aux vins. Les stimulants répondront par leur effort vivement sollicité à un besoin immédiat, ou pareront à un danger mminent (algidité, collapsus, etc.). Ces substances, faisant l'office de coups de fouet, pour mettre en jeu les forces en réserve ou seulement celles qui restent (calorique, frictions excitantes, révulsifs, alcool, ammoniaque, camphre, injections sous-cutanées d'éther), augmentent le pouls et la chaleur, réveillent l'activité nerveuse, lèvent la torpeur musculaire, excitent les sécrétions (diaphorèse et diurèse), ressuscitent en un mot les énergies vitales.

Forme ataxique.— Le calme est l'attribut de la force; les manifestations désordonnées de la fièvre, celles plus troublées de l'innervation presque toujours sympathiques, impliquent même en ce cas une idée de débilité; l'indication des toniques reste donc encore importante, à peu près comme dans l'adynamie. Cependant les toniques, *vin* et *alcool*, resteront contre-indiqués quand le pouls sera accéléré, la peau sèche et brûlante, la céphalalgie lancinante, les urines rares et albumineuses, le délire aigu, bruyant, la face et les yeux injectés.

Nous notons à employer les *émissions sanguines*, rappelant que le cerveau, certainement congestionné n'est cependant point enflammé; la *saignée*, exceptionnelle, réservée pour les tempéraments ultraforts ou sanguins, et seulement au début, les *sangsues* aux mastoïdes, à l'anus; les *ventouses* à la nuque, le long du rachis, auront leur moment d'opportunité, et encore sans trop les réitérer.

Les *réfrigérants*, les bains refroidis, selon le mode de Bouchard, calment les excitations nerveuses. Le meilleur des révulsifs en même temps que le meilleur

Digitized by Google

tempérant, c'est l'*affusion froide*, telle que la pratiquait Trousseau, la renouvelant aussi souvent que nécessaire.

Nous n'avons pas obtenu de bons résultats par la méthode des *bains froids* dans lesquels il faut contenir violemment les malades, et auxquels il faut de nécessité joindre les affusions froides; il est vrai que nous n'en avons fait qu'un rare usage.

Il est un remède révulsif et contre-stimulant dont j'ai eu à plusieurs reprises à me louer, c'est la potion de Graves (tartre stibié uni à l'opium) jointe aux affusions froides; ce moyen, employé avec grande surveillance, il est vrai, favorise d'une manière prolongée la sédation nerveuse et circulatoire sans préparer un collapsus.

Les antispasmodiques et les hypnotiques ont été fort employés, il était si naturel de s'adresser directement à la prétendue localisation cérébro-spinale.

Le *camphre*, depuis Hallé, a eu des partisans. Je l'ai peu employé et n'en ai retiré aucun bénéfice.

L'*opium*, que Louis et Grisolle préconisaient quelque peu, ne produit aucun effet bien salutaire. Trousseau et Bretonneau le blâmaient, et je l'ai toujours craint.

Le *musc*, cet agent plus excitant qu'antispasmodique, a eu sa vogue; je l'ai conseillé bien des fois, mais je crois qu'on doit restreindre son action à l'ataxo-adynamie des nerfs respiratoires.

Le *bromure de potassium* à dose élevée même présente une action plus heureuse, hyposthénisante de la fibre et de la cellule nerveuse. Il est quelque peu diurétique, et par là s'adresse au rein généralement inactif dans cette période aiguë.

Le *chloral*, moins heureux, peut être ajouté aux autres calmants.

Formes ataxo-adynamiques. — L'ataxie et l'adyamie se mèlent le plus souvent pour donner naissance à la forme mixte ataxo-adynamique, avec prédominance des symptômes abdominaux, *typhus abdominal*, ou des symptômes pectoraux, *typhus pectoral*, ou de tous à la fois, ce qui fait alors de la fièvre typhoïde la maladie la plus complexe qu'on puisse imaginer.

Le traitement emprunte en ce cas à tous les traitements (dynamique, névrosthénique, tonique, excitant) selon les opportunités, sans s'écarter néanmoins des grandes indications fondamentales et obligatoires dans tous les cas.

Réfrigération pour combattre la calorification excessive, le bain froid, par la méthode de Brandt et Glénard, donnant un choc nerveux, brusque; sera réservée pour obtenir la plus vive excitation.

Bain tiède à 28° tient le milieu, celui à 35° graduellement refroidi est mieux toléré. Celui de Biet à 31°, et très prolongé, peut trouver son opportunité. Par le procédé de M. Bouchard, il n'y a ni choc ni spasme, l'abaissement est considérable et durable. Il a le mérite d'être possible pendant la menstruation. Ce bain est pris à 2° au-dessous de la température fébrile du malade et refroidi jusqu'à 30°.

Lavements froids, agissent sur la chaleur et le pouls, en raison inverse de la température et du volume de l'eau, leur action est locale et générale; Feltz en fait une méthode adjuvante de tous les autres traitements.

Lotions froides : qui ne sont contre-indiquées que par la présence de sueurs abondantes, sont d'un usage habituel et efficace.

Enveloppement dans les serviettes ou les draps mouillés réservé pour les cas les moins pressants.

L'*antipyrine* est le réfrigérant interne sur lequel on peut compter en en mesurant la dose (2 à 4 grammes) fractionnée et surveillant ses effets.

Dans tout le cours de cette longue période, pendant laquelle l'organisme lutte et cherche à éliminer par les sueurs, les selles et les urines surtout, si les reins fonctionnent bien, il n'y a pas péril, mais s'ils sont oblitérés ou altérés, il y a auto-intoxication.

Combien donc une *diurèse* abondante et ininterrompue s'impose, et cela par le moyen de boissons abondantes, comme le faisaient nos pères, dont la première règle du traitement était : boissons en petites quantités mais très fréquentes, tous les cinq ou dix minutes (eau, limonades, vineuses même, fraîches ou glacées).

Quelle attention aussi à avoir du côté de la grande fonction de l'hématose, dont la moindre altération correspond à une équivalence d'asphyxie. Les *ventouses sèches*, qui agissent par attraction et un peu par révulsion sur les membres inférieurs et la base de la poitrine, combattent efficacement, avec un décubitus varié, la tendance à l'engorgement pulmonaire.

Technique du cours évolutif. — Début. Contre l'état saburral et la céphalalgie : *Ipéca*, 1 gr. en quatres paquet de dix en dix minutes. *Bouillons* délayants. — Lavements, fomentations fraîches. — Boissons rafraîchissantes. — Bouillons clairs, du lait toutes les quatre heures.

Période d'état. — Traitement complet ou modifié, c'est-à-dire mesuré, limité, restreint, suivant chaque forme, chaque individualité ou modalité accidentelle et complication, d'après l'expérience, le tact et l'esprit d'observation du médecin qui saura faire un choix entre tous les moyens.

Refrigérants. Bain froid, méthode Glénard. — Bain tiède, 28° à 35° graduellement refroidi à 25°. — Bain de Bouchard, 2° au-dessous du chiffre du malade, refroidir de 1° par dix minutes, jusqu'à 30°; six à huit bains par jour. — Lotions froides vinaigrées, si 89°, deux par jour; si 40°, trois à quatre par jour. — Affusions froides au deuxième septénaire, — Enveloppement de serviettes d'eau vinaigrée à 28°. — Lavements froids de 15° à 18° toutes les cinq heures — Antipyrine à l'intérieur, 2 à 4 gr. par jour, en six ou huit cuillerées.

Toniques. Quinine (névrosthénique), sulfate, 50 cent à 60 cent par jour en deux fois. — Quinquina, décocté, macéré, extrait, 4 gr. en potion. — Potion alcoolique. — Vins, café. — Analeptiques, aliments clairs, bouillons.

Antisepsie intestinale. — Purgatifs : 15 gr. sel de Sedlitz tous les trois jours, ou calomel, vingt prises de 2 cent. par jour pendant quatre jours. — Naphtol et salicylate de bismuth (àà 2 gr.). — Salol (id.). — Quinine (50 cent. à 1 gr.). — Acide phénique en lavement (50 cent.). — Hyposulfite de soude, 2 gr. et acide phénique 25 cent. dans une potion.

Insuffisance urinaire, par quantité et qualité. — Boissons abondantes. — Lait, un à deux litres.

Paroxysmes. — Ventouses sèches, deux fois, vingt à quarante

Digitized by Google

sur les membres inférieurs ou à la base de la poitrine. — Cataplasmes sinapisés. — Quinine à l'intérieur.

Forme adynamique. — *Refrigérants* appropriés : surtout bain, lotions, enveloppements Glénard, lavements, affusions, antipyrine modérée.

Toniques : Potion cordiale toutes les deux ou trois heures :

Pr. Vin cordial	125 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères	30 gr.
Extrait de quinquina	3 gr.

Si adynamie plus prononcée : potion *ut supra*, plus alcool, 20 à 50 gr., ou acétate d'ammoniaque, 4 à 6 gr. — Limonade avec tranches de canelle, vins, Porto, Xérès, alcools, punch.

Si tracé thermique en plateau horizontal, grand danger ; alors alcool, quinine, bain de Bouchard.

Si différence du sang, pétéchies, extravasation, hémorrhagies : acides minéraux ; limonade sulfureuse, chlorhydrique ; sirop de perchlorure de fer, citron, acide tannique, inhalations d'oxygène.

Pour soutenir l'innervation : potion :

Pr. Quinquina en extrait	2 à 6 gr.
Infusion de café édulcoré	140 gr.
Teinture d'écorces d'oranges amères	10 gr.

Lavement avec décocté de quina, 10 gr., camphre, 10 cent vin et bouillon, — aliments clairs, bouillons, café, thé, Bordeaux pur ou coupé.

Forme ataxique. Tête élevée, froid sur la tête, sans discontinuer ; la glace, mal tolérée par les malades, ne réussit pas mieux. — Réfrigérants, bain de Bouchard, affusion froide de Trousseau. — Lotions.

Si congestion intense : saignée modérée, sangsues mastoïdes, ventouses, nuque. — Bromure de potassium et chloral. àà 2 gr. en potion de deux ou trois heures.

Potion de Graves :

Pr. Tartre stibié	30 cent.
Eau	240 gr.
Mucilage	24 gr.
Suc de pavots blancs	24 gr.

En prendre une cuillerée toutes les demi-heures ; à continuer deux ou trois potions en espaçant les prises.

Combattre la constipation. Huile de ricin. Calomel.

Révulsifs. Ventouses sèches à la nuque. Cataplasmes sinapisés.

Forme ataxo-adynamique pectorale et abdominale. Prendre dans la technique adynamique et ataxique ce qui convient à la forme mixte, et ajouter pour la *forme pectorale* :

Révulsif, matin et soir sur les membres inférieurs : sur les lombes, trente à quarante ventouses sèches et surveillées pour qu'elles ne clochent pas.

Frictions térébenthinées ou ammoniacales, toujours avec précaution de ménager l'épiderme.

Potion.

Pr. Julep	120 gr.
Carbonate d'ammoniaque	1 gr.
Sirop de fleur d'oranger	30 gr.

(Voir la technique des complications pulmonaires, page 178).

Pour la *forme abdominale* :

Lavements phéniqués froids deux fois par jour, 50 cent. pour 500 grammes de liquide.

Lavements froids et miel de mercuriale	50 gr.
Lavements frais et huile de camomille	30 gr.

Lavements froids avec :

Infusion de valériane	250 gr.
Extrait de quinquina	4 gr.
Quinine	50 cent. à 1 gr.
Laudanum	X gouttes.

pour deux lavements.

Alimentation de la période évolutive ;

Les trois ou quatre premiers jours, bouillon d'orge, petit-lait, lait, bouillon de grenouilles.

Puis plus rapidement et d'une manière soutenue : préparations lactées, farine de gruau bouillie et sucrée, bouillons gras légers.

Plus tard : panade très claire, deux à cinq cuillerées par jour, bouillies, bouillons de pain, bouillons gras et légers potages.

Maladie plus avancée : bouillons faits, thé de bœuf, demi-consommés, gelée de viande, potages, tapioca, semoule, vermicelle, lait de poule à l'eau, panades moins passées, riz au lait, pulpe de pruneaux cuits.

Rejeter en tous temps les fruits crus, même cuits quand ils conservent leur enveloppe.

Boissons. Eau rougie et sucrée, eau et café noir, décoction légère de quina, bouillon froid coupé de moitié.

5° **Convalescence.** — D'autant plus lente que la maladie a été plus longue, d'autant plus difficile et périlleuse qu'elle a été plus grave, la convalescence ne peut être dirigée que par le médecin.

Nous rappelons le précepte d'Hippocrate : de restaurer avec lenteur les corps amaigris lentement, et rapidement ceux amaigris en peu de temps. Nous renouvelons ainsi nos principes directeurs de la réparation alimentaire : 1° rester sur l'appétit ; 2° un seul repas suffisant ; 3° résister au malade ; 4° diriger le régime solide, d'après l'observation des urines, de la température, de l'albuminurie et de la tolérance digestive.

La réparation des appareils, la guérison des lésions, le retour des fonctions se faisant d'une manière inégale, irrégulière, incohérente même, la faiblesse physique, la faiblesse morale, cette petite fièvre nerveuse, si trompeuse, sans nouvelle lésion, sans aucun phénomène d'affection locale, obligent l'attention soutenue du médecin en position souvent perplexe, ne sachant s'il doit modérer ou aider l'élan de réparation.

Les aliments solides et substantiels ne seront donnés que lorsque les fonctions digestives seront redevenues normales. Le système nerveux, si fort épuisé, demandera un grand repos, un long sommeil, une complète inaction et l'éloignement de la plus petite fatigue.

Technique. — *Convalescence.* — Après les bouillons et le lait de la période d'état, la défervescence étant marquée, choisir et employer *successivement* suivant les cas :

Alimentation. — Potages, tapioca, semoule, vermicelle au lait, au bouillon, panades claires, crème de riz, crème d'orge, riz au lait, riz au gras, bouillies. Soupes maigres, julienne passée. Soupes grasses, gelée de viandes. Lait de poule, pain au lait, œuf dans le bouillon, œuf sans pain. Bouillon américain, thé de bœuf. Huitres, pruneaux, pommes cuites.

Poisson léger, merlan, œuf avec pain, œufs et pommes de terre très cuites. Viandes blanches, poulet, pain de viande. Féculents, purée de légumes. Pas de crudités, ni de fruits, sinon des pulpes très mûres et sucrées.

Côtelettes, beafsteaks. Viande crue, 50 à 100 gr. pour les malades inanitiés par une très longue durée.

Boissons. — Vin de Bordeaux, de Bourgogne, à peine coupé et sucré. Eaux de Saint-Galmier, Vals, Pougues, Bussang, Pardina, dans l'intervalle des repas, du lait presque à la discrétion du malade.

Lever tardif, frictions sèches, quotidiennes sur les membres, promenades graduées. Séjour à la campagne.

Quelques accidents de la convalescence. — *Laryngites* avec ulcérations. — Traitement soutenu et énergique : pulvé-

Digitized by Google

risation, liqueur de Van. Swieten, trois à quatre fois par jour, pendant dix minutes. Vaporisation, eau chaude, sulfureuse. Insufflations de tannin. Révulsifs, vésicatoires, pointes de feu, onguent mercuriel. Vomitif si suffocation. Trachéotomie, ressource dernière.

Douleurs des membres, hyperesthésies cutanées, rachialgie, douleurs thoraciques, etc. — Onctions calmantes, huile de morphine, de jusquiame, baume tranquille, huile chloroformée. — Frictions douces ou humides à l'éponge. — Bains tièdes au tilleul. — Fomentations, pavot, belladone, laurier-cerise. — Applications, feuilles belladone, morelle. — Injections sous-cutanées morphine, codéine, eau pure.

Au cas de rachialgie, *ut supra*, plusieurs ventouses sèches. — Potion, bromure, 2 gr., codéine, 2 centigr. — Analgésine, cachets de 25 centigr.

Suppurations. — Les abcès sous-cutanés intérieurs et intra musculaires seront ouverts hâtivement. — Pansement antiseptique, injection avec vaseline liquide iodoformée et stérilisée.

Eschares. — Jettent les malades dans un état de souffrance continuelle, avec insomnie, agitation, pseudo-fièvre.

Moyens préventifs : régime substantiel, analeptique. — Etat du lit : propreté, sécheresse, changement fréquent, éviter les plis du linge. — Lavages à l'alcool camphré.

Si rougeur, collodion élastique; position. — Si ulcération, lotion avec solution nitrate d'argent (1/40e). — Cataplasme humide et très épais, aromatique. — Toile fortement tomenteuse imbibée de liquides émollients calmants. — Coussin à air, sac de caoutchouc hydrofère.

Eschares détachées. — Lavages boriqués. — Pansements deux ou trois fois par jour avec :

Pr. Huile de ricin.
Baume du Pérou.
M. q. s. p. consistance sirupeuse.

Pr. Vaseline	50	grammes.
Cocaïne	2	—
Pr. Vaseline	50	—
Iodoforme, iodol ou aristol.	4	—
Pr. Hydrate de chloral	10	—
Eau distillée	600	—

Lavage et plumasseau.

Si douleur intense :

Suppositoires à l'antipyrine.	1	gramme.
Ou, à la morphine	1/2	cent.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

CHIRURGIE

I. **Pansement des ulcères à l'eau oxygénée.** — Ce topique antiseptique est trop rarement employé. Chimiquement pur et dilué, il donne de bons résultats. Voici la technique qui est recommandée par un praticien expérimenté, M. Baldy :

1° Lotions préalables ou pulvérisations sur la plaie, pendant quelques secondes, avec le liquide suivant :

Eau oxygénée chimiquement pure . } ãã 1 partie
Eau bouillie ..... }

2° Applications de compresses épaisses de tarlatane imbibées d'eau oxygénée médicinale et pure. Répéter le pansement quotidiennement;

3° Recouvrir d'une feuille de makintosch ou d'une toile gommée imperméable;

4° Après quelques jours et la formation de bourgeons charnus, remplacer l'eau oxygénée pure par une solution plus faible, comme la suivante :

Eau oxygénée chimiquement pure.... 1 partie
Eau bouillie..... 4 —

La pureté absolue de l'eau oxygénée est nécessaire, les traces d'acides ayant servi à sa fabrication causant de la douleur, des eschares et une vive irritation.

MALADIES DES ENFANTS

II. **Traitement antiseptique du muguet des enfants.** — Cette médication s'accompagnera d'une hygiène alimentaire sévère destinée à prévenir les troubles digestifs ou, au besoin, à les combattre ; elle consistera :

1° Pour l'allaitement artificiel (*antisepsie du biberon*) : séjour de cet instrument dans l'eau bouillante rendue alcaline par quelques cristaux de carbonate de soude ;

2° Si l'enfant est au sein (*antisepsie du mamelon*) : lotions du mamelon, avant et après chaque tétée, avec une solution de carbonate de soude à 3 ou 4 pour 100;

3° *Antisepsie de la bouche* : irrigations boriquées ou à l'acide lactique. Lotions avec l'eau de Vichy. Collutoires à l'acide borique ou au salol :

Acide borique..... 2 grammes
Glycérine..... 20 —

Dans les cas rebelles, badigeonner la langue avec une solution faible de chlorure de zinc (Comby) :

Chlorure de zinc..... 1 gramme
Eau alcoolisée..... 1000 grammes

Au besoin, mais avec grande prudence, badigeonner avec la solution de sublimé au millième.

MALADIES VÉNÉRIENNES

III. **Traitement des condylomes génitaux non syphilitiques.** — Il a pour objet leur destruction par un caustique plombo-potassique dont M. Bochkart a donné la formule et M. Tchernomodik le mode d'emploi :

1° Lotions désinfectantes, à l'aide du sublimé, sur les végétations que l'on sèche ensuite avec l'ouate hydrophile ;

2° Badigeonner les condylomes avec un tampon d'ouate imbibé du mélange suivant, préalablement bien agité :

Oxyde de plomb..... 1 gramme
Solution de potasse caustique (à 35°). 2 grammes
M. s. a.

3° Après quelques minutes, les végétations deviennent noires et se ramollissent. Bientôt, elles se détachent avec l'ouate. Pansement à l'iodoforme de la plaie laissée à nu par leur chute ;

4° Au besoin, répéter les applications pendant plusieurs jours consécutifs.

N. D.

REVUE DES THÈSES

Action de la dessication, de l'air et de la lumière sur la bactéridie charbonneuse, par M. le Dr Momont (*Th. de Paris*, 1891).

Des expériences de l'auteur, il résulte que la bactéridie sans spores contenue dans le sang charbonneux peut rester vivante même après 60 jours de dessication. Le sang charbonneux sec, sans spores, peut supporter sans perdre sa virulence une température de 32° pendant plus d'une heure.

La bactéridie sans spores, cultivée dans le bouillon, résiste beaucoup moins bien à la dessication que celle qui est contenue dans le sang charbonneux.

Les bactéridies sans pores résistent beaucoup moins à la dessication, si elles sont exposées à la lumière solaire, que si elles sont gardées à la lumière diffuse. Elles périssent d'autant plus vite que l'insolation est plus intense.

Digitized by Google

A l'abri de l'air, le mycelium bactéridien résiste longtemps à l'influence de la lumière.

Les bactéridies sans germes, que leur milieu soit sec ou humide, résistent beaucoup moins longtemps que les spores à l'action de la lumière et à celle de l'air. Au contraire, les spores sèches résistent très longtemps à l'action de la lumière et de l'air sans perdre leur virulence. Les spores humides résistent très longtemps à l'insolation à l'abri de l'air; elles périssent beaucoup plus vite quand elles sont insolées au contact de l'air. H. M.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE. — **Société de médecine de Berlin** (21 oct. 1891). I. *La palpation de la vésicule biliaire comme moyen de diagnostic.* — ANGLETERRE. **Société royale de médecine de Londres** (19 oct. 1891). II. *Traitement des plaies par les bains au sublimé.*

I. **La palpation de la vésicule biliaire comme moyen de diagnostic.** — Il s'agit de la palpation bimanuelle des organes abdominaux, moyen de diagnostic qui, en lui-même, n'a rien d'original, mais que M. RHEINSTEIN entend rendre fécond pour reconnaître les affections des voies biliaires.

A l'état normal, il passe pour malaisé de trouver cette vésicule sous le doigt; elle est masquée sous l'arcostal, peu étendue et fuyante à la main qui veut la rechercher.

Eh bien ! on s'explique sa résistance et son augmentation de volume à l'état pathologique quand sa cavité contient des cholélithes. On s'explique aussi son changement de situation dans l'abaissement du foie, par cetopie accidentelle ou augmentation de volume. Ce sont ces modifications que M. Rheinstein découvre par le procédé suivant:

Technique de la palpation bimanuelle du foie. — 1° Se placer à droite du malade dont la bouche est ouverte et le rhythme respiratoire régulier ;

2° Placer la main droite sur la paroi abdominale antérieure, les phalanges dirigée en haut et en dehors, et le bord radial parallèle à la ligne médiane;

3° A gauche, appliquer la paume de la main sur la région lombaire et les phalanges dans la direction de l'épine dorsale ;

4° La manœuvre consiste à refouler en avant avec la main gauche la région lombaire et à presser avec la main droite, mais en sens inverse. L'effort exercé a donc pour objectif de rapprocher les organes les uns des autres, d'immobiliser la vésicule biliaire et d'en faciliter la palpation;

5° Dans l'entéroptose — un mot français que M. Rheinstein ne prononce point et pour cause, — avec abaissement du foie, on comprimera le foie avec la main gauche pour augmenter cet abaissement et rendre la vésicule biliaire plus accessible à la palpation.

Inutile d'insister sur l'utilité de cette méthode d'exploration, surtout chez la femme. C'est sur elle plutôt que sur l'homme que M. Rheinstein l'a étudiée.

II. **Traitement des plaies par les bains au sublimé.** — Cette médication est indiquée, d'après M. MANSELL-MOULLIN, dans les cas de plaies de nature diverse et spécialement dans les cas de fractures avec larges traumatismes des parties molles.

Elle consiste à immerger la région malade dans un bain antiseptique chauffé à la température du corps, et titré d'abord au millième, de sublimé, et, après un jour ou deux, au dix millième. Chaque bain doit durer une heure et demie; dans les cas les plus graves, être prolongé en permanence jour et nuit.

Cette médication a été employée dans quarante cas et dans cette série on a compté seulement deux insuccès chez des blessés dont la mort a été causée plutôt par l'accident auquel le traumatisme était dû (explosion de gaz) que par la plaie elle-même.

Les accidents toxiques sont rares. M. Mansell-Moullin les a notés deux fois seulement, chez des blessés soumis à la balnéation permanente. Ils furent d'ailleurs passagers et disparurent immédiatement après la cessation de la balnéation.

Il est évident qu'au point de vue de l'antisepsie des plaies cette méthode paraît légitime. Il resterait cependant à l'essayer à nouveau pour mieux en fixer les indications et l'efficacité, probable d'ailleurs.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 octobre 1891

Présidence de M. le Dr HORTELOUP

Traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale. — M. TERRILLON a rencontré des salpingo-ovarites avec péritonite adhésive dans lesquelles il lui a été impossible d'enlever les lésions après la laparotomie; dans ces cas, l'extirpation de l'utérus par le vagin, suivant la méthode de Péan, permet seule de vider les abcès pelviens et offre alors des chances de guérison. Il en rapporte quatre observations présentant entre elles la plus grande analogie et toutes suivies de succès.

La première, la plus intéressante, concerne une femme de 27 ans, atteinte depuis deux ans d'une double salpingite puerpérale, dont la suppuration s'était fait jour dans le rectum. On sentait en arrière de la paroi abdominale une tuméfaction considérable remontant jusqu'à l'ombilic. M. Terrillon, le 11 juin dernier, essaya d'abord une laparotomie, mais en présence de l'épaisseur considérable de l'épiploon adhérent en avant à la paroi, en arrière aux anses intestinales agglutinées entre elles, il renonça à atteindre les lésions profondes inattaquables par cette voie. Après avoir refermé le ventre, il procéda immédiatement à l'hystérectomie par morcellement. Il finit par ouvrir plusieurs poches purulentes et deux kystes séreux de l'ovaire. Deux pinces furent laissées à demeure pour assurer l'hemostase. Pendant 25 jours les suites de cette opération furent normales, puis la température monta brusquement; le 28e jour elle était de 41°. L'examen de la cavité vaginale fit voir que sur un point la cicatrisation avait été trop rapide et qu'un abcès s'était formé en arrière de la plaie. Celui-ci fut ouvert et nettoyé antiseptiquement ; tous les accidents disparurent et la malade guérit. Elle conserve une fistulette dans la région de l'abcès.

Chez la seconde malade, atteinte depuis trois ans de pelvi-péritonite, M. Terrillon tenta vainement la laparotomie, les adhérences intestinales l'empêchèrent de terminer son opération. Huit jours après il fit l'hystérectomie vaginale et obtint une guérison, bien que les lésions tubo-ovariennes fussent de nature tuberculeuse. Chez les deux dernières malades, l'hystérectomie vaginale fut faite d'emblée avec le même succès.

En résumé, dit M. Terrillon, la pelvi-péritonite très-étendue avec trajets fistuleux à l'extérieur, toujours accompagnée d'adhérences très solides recouvrant les foyers profonds, est la principale indication de l'hystérectomie vaginale pour le traitement des suppurations pelviennes. Toutefois la guérison n'est pas toujours aussi rapide que l'a dit M. Segond. La possibilité de la formation d'abcès durant la cicatrisation doit faire surveiller les opérées pendant deux mois environ.

M. RICHELOT lit une communication sur le *traitement du cancer de l'utérus par l'hystérectomie vaginale.*

H. M.

Digitized by Google

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 octobre 1891
Présidence de M. le Dr Labbé

Les altérations chimiques du processus stomacal dans les dyspepsies. — M. Mathieu : La classification des dyspepsies, proposée par M. Hayem, est un catalogue de faits chimiques qui ne présente aucun caractère clinique. On peut lui reprocher de compliquer des choses fort simples. Quant à lui, il comprend les dyspepsies d'une autre façon, en se basant précisément sur leurs caractères cliniques. L'hyperacidité chlorhydrique, que l'acide soit libre ou combiné, est un fait important qui explique les phénomènes accusés par le malade et appelle en thérapeutique l'évacuation ou la saturation alcaline du contenu stomacal. Ces deux pratiques font cesser les douleurs, diminuent les réactions névropathiques et mettent la muqueuse à l'abri de l'auto-digestion.

L'hypopepsie n'a ni signification, ni gravité, si la motricité de l'estomac est conservée, car il ne peut se produire de fermentations secondaires que s'il y a dilatation et stase gastrique.

Certaines personnes, d'une santé générale suffisante, ont une digestion gastrique nulle, dit M. Hayem. Il est évident que le pancréas supplée alors l'estomac. Il n'est pas impossible qu'à l'état normal l'action de cette glande soit beaucoup plus importante que celle de l'estomac. Du reste dans le tiers des dyspepsies, le chimisme gastrique peut être considéré comme normal, si l'on n'attribue pas une importance excessive à la faible variation des chiffres donnés par l'analyse chimique. En dehors de l'hyperchlorhydrie, ce sont les phénomènes moteurs, ou mieux nervo-moteurs, qui jouent le rôle le plus important dans les troubles de la digestion gastrique.

En résumé, M. Mathieu admet trois types de dyspepsies : 1° l'hyperchlorhyrie ; 2° la dilatation de l'estomac avec hyperchlorhydrie, fermentation anormale et hyperacidité organique ; 3° la dyspepsie nervo-motrice, sans anomalies chimiques, qui est la plus fréquente.

Les indications thérapeutiques sont nettement différenciées dans ces trois types et les succès des médications correspondantes tendent à démontrer l'exactitude de cette conception.

Effets de la foudre sur l'organisme. — M. Laveran : On sait que M. Charcot, dans ses leçons du mardi, a étudié les troubles nerveux produits par la foudre, qui se divisent en deux grandes classes : paralysies temporaires et phénomènes de nature hystérique.

Ces faits, pris dans leur ensemble, ne sont pas encore très nombreux. M. Laveran rapporte l'observation d'un soldat de 24 ans, sans antécédents névropathiques, qui, le 29 juin 1889, fut frappé d'un coup de foudre pendant un orage. Il ressentit un choc très violent et fut renversé à terre, puis perdit connaissance pendant une demi-heure. Le lendemain il présentait des mouvements choréiformes tres intenses, prédominant surtout dans les membres supérieurs. Ceux-ci persistèrent pendant quatre jours. On nota alors une faiblesse du bras droit avec hemianethésie du même côté, et une aphasie transitoire. Ces phénomènes persistèrent pendant plusieurs mois ; la guérison ne fut complète qu'au mois d'octobre suivant.

Altérations du chimisme stomacal dans la chlorose. — M. Hayem : La dyspepsie est très fréquente dans la chlorose ; les deux variétés que l'on rencontre le plus souvent sont l'hyperpepsie et l'hypopepsie ; il ne parait pas y avoir de rapport entre l'intensité de l'anémie et les troubles chimiques du processus stomacal.

H. M.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 novembre 1891
Présidence de M. le Dr Tarnier

Cornet à chloroforme en usage dans la marine. — Dans la séance du 16 juin dernier, à l'occasion de la communication de M. Laborde touchant les accidents du chloroforme, M. Le Roy de Méricourt a dit que, dans la marine française, où l'anesthésie est pratiquée à l'aide d'un cornet spécial, les accidents mortels sont extraordinairement rares.

M. de Méricourt a invoqué le témoignage de M. Bérenger-Féraud et a manifesté le désir de voir ouvrir une enquête par les « Archives de médecine navale et coloniale » pour fixer l'opinion. — C'est le résultat de cette enquête que M. Bérenger-Féraud apporte aujourd'hui à l'Académie. — Il résulte de ces indications, que, de 1856 à aujourd'hui, on n'a signalé, dans toute la marine, que quatre cas de mort avec ce cornet. Ajoutons, que le 16 juin, MM. Tarnier et Charpentier, dont l'autorité est précieuse pour nous, ont formulé une opinion favorable au cornet à chloroforme.

Dans une pratique de quarante années, je n'ai vu pour ma part aucun cas de mort survenu pendant l'emploi du cornet. Tout à fait au début de mes études, j'ai vu une malade mourir, après avoir été anesthésiée au moyen du sac de J. Roux, et j'entendis le bruit laryngo-trachéal signalé par M. Léon Labbé. Trente ans après, le jour du combat de Sfax, en 1881, au cours d'une résection de l'épaule qu'il fallut terminer par la désarticulation, j'ai entendu de nouveau ce bruit, mais je fus assez heureux pour rappeler le blessé à la vie; je me servais du cornet ; et, détail curieux, l'opération n'étant pas achevée, ma confiance dans cet appareil était telle, que c'est encore à lui que j'eus recours.

Les chirurgiens de la marine ont souvent affaire à des alcooliques et à des anémiques, ils pratiquent des opérations de longue durée ; le cornet, qui permet de surveiller la figure du patient, qui empêche le contact du chloroforme avec les narines, qui permet l'arrivée de l'air avec les vapeurs anesthésiques, qui a fait ses preuves à la Maternité de Paris, a un si faible nombre d'accidents mortels à déplorer comparativement à la compresse ordinaire, que son adoption par les chirurgiens est à désirer.

Gangrène partielle du pied consécutive à des injections d'antipyrine. — M. Verneuil lit les deux observations suivantes : un homme fait une chute et ressent une violente douleur à la fesse gauche. Cette douleur se dissipe peu à peu sans jamais disparaître complètement. Le malade s'est exposé au froid humide, les douleurs deviennent intolérables. Elles occupent la cuisse, la jambe, et se localisent enfin aux trois orteils moyens. On diagnostique une névralgie rhumatismale.

On emploie divers médicaments et enfin on fait, au niveau du troisième orteil, une injection d'une solution d'antipyrine, dont M. Verneuil ne connait pas le titre. Cette injection est répétée deux fois les jours suivants. Quelques heures après la dernière injection, l'orteil devient bleu, puis noir et, vingt-quatre heures après, le sphacèle est complet, au niveau du troisième orteil. Le lendemain, le sphacèle s'étend aux deuxième et quatrième orteils. En trois jours, les trois orteils étaient devenus complètement noirs. Autour des parties mortifiées, il y avait une rougeur intense. Les douleurs étaient très vives.

On fait un pansement au salol. Les choses empirant, M. Verneuil consulté fait faire des pulvérisations de solution phéniquée. Au bout de cinq jours, les douleurs disparaissent. A la fin de la semaine, la gangrène se limitait. Actuellement, tout danger est écarté, et le malade a guéri après avoir perdu la moitié du pied. Les douleurs ont complètement disparu.

Digitized by Google

Dans la deuxième observation, il s'agit d'un homme de 40 ans, névropathe, atteint d'asphyxie locale des extrémités. Il y a des douleurs dans les membres inférieurs, surtout au niveau des orteils. Un jour, les douleurs deviennent atroces, et on fait une injection d'une solution d'antipyrine au niveau de la face interne de l'articulation métatarso-phalangienne.

Les douleurs ne cessent pas et il se produit une tache livide et une petite plaque gangréneuse de la dimension d'une pièce d'un franc. Elle reste d'abord circonscrite ; le douleurs persistent, le malade va à Dax. Il revint dans le même état, mais l'état local est aggravé. L'escharе est tombée, le gros orteil est sphacélé en grande partie. Les souffrances sont très grandes. On fait des pulvérisations phéniquées avec une solution à 10 0/0. Les douleurs disparaissent et la gangrène s'arrête. On fait l'amputation du gros orteil. Le malade guérit.

Un an après, il se produit une grangrène du troisième orteil de l'autre pied. On ampute : guérison. Un an après, il se produit une douleur à la jambe gauche, puis une escharе. Enfin, les trois orteils moyens se sphacèlent. On fait l'amputation de la jambe au lieu d'élection. Le malade guérit mais la plaie d'amputation n'est pas encore cicatrisée depuis le mois de juin 1890.

M. Dujardin-Beaumetz fait observer que le premier cas est est tout à fait exceptionnel. Quant au second, il n'y a qu'une simple coïncidence entre l'injection et la gangrène. Jamais il n'a vu les injections hypodermiques d'antipyrine produire la gangrène. Ces injections sont irritantes comme toutes les injections. Aussi, toutes les fois qu'il y a de la névrite, l'injection peut causer de la gangrène. D'où le principe de ne jamais faire d'injections, *loco dolenti*, quand il y a des troubles de nutrition.

Des gaz du rein. — M. Le Dentu avait présenté l'an dernier un rein rempli de gaz qu'il avait extirpé. Il a fait faire l'analyse de ces gaz. On a trouvé pour 100 parties, en volume : azote et oxygène, 92,16 ; acide carbonique, 7,84. La proportion d'azote et d'oxygène est à peu près égale à celle qu'on trouve dans l'air atmosphérique. Les gaz ne se sont pas introduits dans le rein pendant l'opération. Ils sont le résultat de la transsudation des gaz du sang.

M. Worms lit son rapport sur les épidémies qui ont été observées en France en 1890.

M. C. Paul lit son rapport sur le prix Desportes.

F. R.

INFORMATIONS

FRANCE

L'enseignement de la médecine au Conseil municipal. — M. le Dr Navarre a déposé une proposition tendant à la création de deux chaires de clinique médicale et d'une chaire de clinique chirurgicale, dans un hôpital de Paris à désigner ultérieurement.

L'enseignement sera donné par les médecins et chirurgiens des hôpitaux, parmi lesquels les titulaires seront choisis par le Conseil municipal, d'accord avec l'administration de l'Assistance publique, et auxquels sera conféré le titre définitif de professeur de clinique des hôpitaux de Paris.

Les cours de clinique comprendront : 1° la pathologie ; 2° le diagnostic avec ses productions pronostiques et thérapeutiques.

Les cours de clinique médicale seront faits par deux professeurs ; l'un sera chargé du cours de pathologie, l'autre du cours de diagnostic.

La séméiologie sera enseignée à la clinique de pathologie, en ce qui concerne la valeur séméiotique du symptôme.

Les cours de clinique chirurgicale seront confiés à un professeur qui enseignera la pathologie, le diagnostic et la séméiologie.

Le programme des cours devra être parcouru dans l'espace d'une année.

Un laboratoire d'anatomie pathologique, d'histologie et de bactériologie, sera annexé à cet hôpital.

Le projet de loi sur l'exercice de la médecine devant le Sénat. — Dans sa première réunion de la session actuelle, la Commission chargée de l'étude de ce projet a fait le relevé des départements favorables ou défavorables au maintien de l'officiat de santé : 65 demandent la suppression de ce grade et 21 seulement réclament son maintien.

Les commissaires ont adopté la rédaction suivante de l'article 1er : « Nul ne peut exercer la médecine s'il n'est » muni d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par le » Gouvernement français, à la suite d'examens subis devant » un établissement d'enseignement supérieur médical de l'État. » (Facultés, écoles de plein exercice et écoles préparatoires » réorganisées par décret). »

On remarquera que cette rédaction nouvelle aura pour effet de multiplier les centres de collation des grades. De plus, le dernier paragraphe du même article stipule que : « les douze » premières inscriptions pourront être prises et les deux exa- » mens probatoires subis devant une école préparatoire orga- » nisée conformément au décret ci-dessus. »

NOUVELLES MILITAIRES

Nomination dans le corps de santé militaire (activité). — *Au grade de médecin inspecteur :* M. le Dr Mathieu, médecin principal de 1re classe, directeur du service de santé du 15e corps.

Ecole d'application de médecine militaire. — Sont nommés professeurs agrégés : M. le médecin-major de 1re classe, Catrin (législation, administration et médecine légale) ; et MM. les médecins-majors de 2e classe : Cahier et Mignon (anatomie chirurgicale, opérations et appareils).

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs Colombe (de Lisieux), Ripoll (de Toulouse), Nicolle (de Bayeux), et Miorcec (de Brest).

En Autriche : MM. les Drs Schauenstein, professeur de médecine légale à l'Université de Gratz ; Fischel, professeur émérite de maladies mentales à l'Université de Prague, et Fleischl v. Morocow, professeur de physiologie à l'Université de Vienne, bien connu par ses recherches sur la circulation, les fonctions digestives et le système nerveux, et par l'invention d'un hœmomètre clinique, fort usité en Allemagne.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET OBSTÉTRICALE

Albertoletti. — De l'ichtyol dans les maladies tubo-ovariennes (*Riforma medica*, 15 juin 1891).

Boursier. — De la fréquence de l'endométrite d'origine puerpérale (*Journal de méd. de Bordeaux*, 27 sept. 1891).

Burt (F.). — Double papillome de l'ovaire (*The N.-York med. Record*, 19 sept. 1891).

Coprara (V.). — Un cas de calcul du scrotum (*Riforma medica*, 4 sept. 1891).

Le rédacteur en chef, co-gérant : C. Eloy.

PARIS.—IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE N° 46 11 NOVEMBRE 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, BÉCLÈRE, BROCQ, DEMELIN, DU CASTEL, GINGEOT, Charles MAURIAC, PACQUÉ Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

AVIS. — Nos abonnés nouveaux pour l'année 1892 recevront gratuitement le journal jusqu'au 1er janvier prochain.

CLINIQUE CHIRURGICALE

(*Hôpital Cochin* — M. le Dr E. SCHWARTZ.

Résection typique pour une ostéo-arthrite tuberculeuse du coude.

Le malade sur lequel nous pratiquerons tout à l'heure une résection du coude, est un homme âgé de 32 ans, exerçant la profession de typographe. Nous ne trouvons rien d'important dans ses antécédents héréditaires. Son père est mort de la variole à 62 ans, et sa mère, bien portante, est âgée de 63 ans. Mais, en revanche, nous apprenons qu'un frère de notre malade est mort à 19 ans de phtisie pulmonaire; il n'a plus actuellement qu'une sœur, bien portante, qui a eu trois enfants, dont deux sont morts en bas âge. Lui-même paraît avoir joui d'une bonne santé pendant son enfance, à part quelques gourmes. Cependant il a été réformé pour faiblesse de constitution. A l'âge de 21 ans, il a eu un abcès froid au niveau de la partie inférieure et postérieure du bras droit; cet abcès, après avoir été incisé, a suppuré pendant un an environ et a laissé une cicatrice adhérente à l'os. Peu de temps après, un nouvel abcès froid se forma au niveau de la région sous-maxillaire du côté gauche et suppura également assez longtemps. Presque en même temps, le malade fut pris d'une pleurésie du côté droit et, depuis cette époque, il tousse fréquemment.

Cet homme est marié et père de trois enfants, dont une fille, qui est atteinte de conjonctivite strumeuse.

En novembre 1890, il a ressenti au niveau du coude gauche des douleurs intermittentes, peu accentuées, et qu'il attribuait aux efforts qu'il devait faire avec son bras gauche pour serrer de grosses vis d'imprimerie; ces douleurs s'accusaient surtout au niveau de l'extrémité inférieure de l'humérus. Il continua à travailler et, en mars 1891, les douleurs ayant augmenté, il alla consulter un médecin, qui lui prescrivit des badigeonnages de teinture d'iode. Six semaines plus tard, non-seulement il n'y avait aucune amélioration, mais encore le mal s'était aggravé; il était survenu un gonflement notable de toute la région du coude, les mouvements devenaient de plus en plus difficiles et l'avant-bras prenait une attitude vicieuse. On lui fit alors des pointes de feu superficielles. Au mois de mai, le malade consulta un autre médecin, qui lui fit des pointes profondes, une véritable ignipuncture, après insensibilisation par la cocaïne. En même temps on lui prescrivait des douches chaudes, des pilules créosotées et un vin tonique phosphaté. Sous l'influence de ce traitement, il se produisit une amélioration assez nette, qui dura quinze à vingt jours, pendant lesquels notre malade put reprendre le travail. Mais, vers le commencement de juillet, les douleurs devinrent plus vives, le gonflement s'accentua, les mouvements devinrent de plus en plus limités, l'extension et la flexion presque impossibles, même dans une petite étendue; en même temps l'avant-bras se plaçait dans une attitude vicieuse, formant un angle d'environ 130° avec le bras.

Lorsqu'on examine aujourd'hui ce malade, on est frappé immédiatement de l'aspect du coude, qui est globuleux, tuméfié et présente une forme en fuseau, tout à fait caractéristique, que fait ressortir davantage l'état atrophique dans lequel se trouvent les masses musculaires du bras et de l'avant-bras. La peau porte les traces des pointes de feu qui ont été faites il y a quelques mois; elle est mobile sur les parties profondes, sauf au niveau de la partie interne du coude, où se trouve une fistule, s'ouvrant en dedans et au-dessous de l'épitrochlée; à ce niveau, elle est rouge, tuméfiée, adhérente. Notons enfin que l'avant-bras est en flexion légère sur le bras, formant un angle de 120 à 130°.

A la palpation on sent un empâtement de toute la région du coude, et même, en quelques points, on constate une fausse fluctuation. En exerçant une pression au niveau de la fistule, on fait suinter par l'orifice quelques gouttes de pus mélangé de sérosité. Par la pression, on détermine une douleur assez vive sur l'humérus, au niveau de l'épitrochlée, tandis qu'on ne provoque rien de semblable du côte de l'épicondyle. En même temps, la palpation permet de constater une notable augmentation du volume de l'extrémité inférieure de l'humérus, et principalement de l'épitrochlée. Le radius n'est pas douloureux à la pression et ne paraît pas augmenté de volume. L'olécrâne est volumineux, assez douloureux et paraît recouvert de fongosités.

Les mouvements volontaires sont très limités, pour la flexion et l'extension; par contre, et c'est là un fait assez rare, les mouvements de pronation et de supination se font assez bien. Les mouvements provoqués sont possibles, mais extrêmement douloureux. Si l'on cherche quel est l'état des ligaments de l'articulation, on trouve des mouvements de latéralité qui témoignent de l'existence de lésions manifestes du côté de l'appareil ligamenteux.

Digitized by Google

L'exploration de la fistule au moyen du stylet permet de constater un point osseux dénudé, appartenant au cubitus, et très probablement à la face interne de l'olécrâne.

Le bras présente un peu d'œdème dans sa partie inférieure. Nous avons déjà signalé l'atrophie des muscles du bras et de l'avant-bras. Ajoutons qu'on ne trouve pas de ganglions axillaires; quant aux ganglions sus-épitrochléens, l'empâtement de la région ne permet pas de les sentir.

L'état général est assez bon. Cependant l'appétit est médiocre, sans qu'il y ait de troubles digestifs, le sommeil est troublé par les douleurs, qui sont surtout accentuées la nuit, et il y a quelques sueurs nocturnes.

L'auscultation montre une légère induration du sommet droit, qui, peut-être, doit être mise sur le compte de la pleurésie que le malade a eue il y a un an; on ne trouve rien à gauche. Enfin, l'examen des organes génitaux et des voies urinaires ne nous donne aucun renseignement.

Le diagnostic est évident; nous sommes sans aucun doute en présence d'une lésion tuberculeuse, d'une tumeur blanche du coude. Mais il s'agit de déterminer quels sont exactement le siège et l'étendue des lésions. Avons-nous affaire ici à une forme dans laquelle les parties molles sont plus particulièrement atteintes, ou, au contraire, est-ce le squelette osseux qui est surtout malade et dans ce cas quelles sont les parties osseuses qui sont lésées?

D'après l'examen que nous venons de faire, d'après le gonflement uniforme et la fausse fluctuation que nous constatons principalement au niveau de la partie interne du coude, d'après l'existence des mouvements de latéralité que nous avons pu provoquer, nous pouvons affirmer qu'il y a de ce côté des lésions très avancées des parties molles, lésions capsulaires et ligamenteuses. D'autre part, les points douloureux que nous avons déterminés, en particulier au niveau de l'épitrochlée, la présence de la fistule et le résultat de l'exploration que nous en avons faite à l'aide du stylet, nous montrent avec certitude qu'il y a également des lésions osseuses. Il y a donc à la fois lésion des parties molles et lésion du squelette: il y a, par conséquent, une ostéo-arthrite tuberculeuse du coude.

Quelles sont les parties qui sont le plus atteintes? Du côté externe nous n'avons presque rien constaté, tandis que du côté interne nous trouvons la tuméfaction, la fistule, les lésions osseuses; c'est donc de ce côté, au niveau de l'articulation huméro-cubitale, que la lésion paraît surtout porter. Je vous ai déjà fait remarquer qu'il est rare, dans les tumeurs blanches du coude, d'observer la conservation des mouvements de supination et de pronation; c'est qu'en effet l'articulation radio-cubitale supérieure est le plus ordinairement prise de très bonne heure.

En résumé, notre diagnostic complet est le suivant: ostéo-arthrite tuberculeuse du coude, avec lésions portant principalement sur la partie interne de l'articulation, avec intégrité apparente de la partie externe, du moins au point de vue clinique, car je me hâte d'ajouter que vous devez vous attendre à trouver, pendant l'opération, des lésions beaucoup plus étendues qu'elles ne le paraissent lorsque vous examinez le malade.

Quel traitement pouvons-nous instituer? Faut-il continuer celui qui a été déjà suivi, et qui d'ailleurs a été incomplet, puisqu'on n'a jamais fait d'immobilisation, et que le membre, abandonné à lui-même, a pris une position vicieuse? Evidemment non — Admettons même que nous redressions le membre sous le chloroforme, pour l'immobiliser ensuite — ce traitement ne serait plus suffisant. D'ailleurs, le malade se débilite et il est nécessaire d'agir rapidement. Nous avons le choix entre trois manières d'intervenir: l'arthrectomie, la résection et l'amputation.

Je rejette immédiatement l'amputation, qui n'est faite aujourd'hui que dans les cas extrêmes ou chez des phtisiques avancés; je ne ferai que vous citer à ce sujet la thèse de Leroux (1880) dans laquelle vous trouverez bien exposées les indications de l'amputation pour les cas de tumeur blanche. Toutefois je dois prévenir le malade, avant de l'endormir, que, si je trouve des lésions osseuses beaucoup plus accentuées que nous ne sommes actuellement en droit de le supposer, je n'hésiterai pas à faire le sacrifice du membre; c'est là une restriction que l'on doit toujours poser en pareil cas, chaque fois que l'on a affaire à des lésions de ce genre.

De même, l'arthrectomie est ici tout à fait contre-indiquée, puisqu'il y a des lésions osseuses.

Il ne nous reste donc que la résection à pratiquer.

La résection du coude a été faite, d'après Park, en 1758, par Weinman, pour une luxation compliquée du coude. Justamont la fit, en 1775, mais il ne s'agissait dans ce cas que d'une résection partielle. Enfin en 1792 nous trouvons en France une résection totale du coude faite par Moreau, pour une lésion traumatique.

C'est surtout en Angleterre que cette opération a été pratiquée pour ces cas pathologiques, notamment par Syme qui en a fait un nombre considérable; en 1839, Velpeau alla en Angleterre voir les résultats qu'obtenaient les chirurgiens anglais, il en rapporta une excellente impression et essaya d'acclimater l'opération en France; malheureusement il eut contre lui les échecs opératoires, qui n'étaient que trop fréquents à cette époque. Il n'y a guère plus de vingt ans que l'opération est entrée dans la pratique courante, surtout après les travaux d'Ollier, qui fit faire un pas énorme à la question, même avant l'ère de l'antisepsie. En Allemagne, nous devons également citer, au sujet de la résection du coude, les noms de Langenbeck, de Stromeyer, d'Esmarch.

Quel procédé allons-nous employer? D'une façon générale, il faut toujours préférer la résection sous-capsulo-périostée, de façon à conserver autant que possible les ligaments, la capsule et les insertions musculaires, ce qui permettra d'obtenir dans la suite plus facilement une nouvelle articulation.

Au point de vue de l'incision, les procédés varient; à mon avis, dans les cas de tumeur blanche, lorsque

Digitized by Google

l'articulation n'est pas trop gonflée, le meilleur procédé est celui de Maudner, qui est dérivé lui-même de celui de Park et qui consiste à faire une incision médiane sur la partie moyenne de l'olécrâne. Avec l'incision médiane, on a l'avantage d'avoir deux lèvres égales, de façon que l'articulation est aussi bien accessible d'un côté que de l'autre. Après l'incision des ligaments, la division longitudinale du triceps, on ouvre l'articulation par derrière ; puis on fait saillir la tête du radius que l'on resèque, et après avoir dénudé soigneusement l'olécrâne en respectant le nerf cubital, on fait saillir l'extrémité supérieure du cubitus et on la resèque en conservant les insertions du brachial antérieur. Il ne reste plus qu'à traiter de la même façon l'extrémité inférieure de l'humérus, après l'avoir également dénudée. On procède alors au nettoyage complet de l'articulation en ayant soin de ne pas laisser de fongosités.

Quand tout est terminé, quel pansement doit-on employer? Il y a deux manières de procéder. Lorsqu'on est sûr d'une asepsie parfaite et qu'on est certain de n'avoir rien laissé de suspect, on peut réunir par pre mière intention. Mais le plus souvent on n'a pas la certitude d'avoir tout enlevé, on doit faire le pansement ouvert qui, tel qu'il se pratique aujourd'hui, donne des résultats excellents ; pour cela il suffit de bourrer la plaie avec de la gaze iodoformée.

L'avant-bras doit être placé à angle aigu sur le bras, (80°) et immobilisé dans cette position, soit avec un appareil plâtré, soit avec l'attelle de Volkmann, qu'on enlèvera après trois semaines pour mettre un appareil plâtré qu'on laissera quinze jours encore ; au bout de ce temps on commencera les mouvements. S'il y a lieu on y laissera s'établir une ankylose. Que pouvons nous espérer chez notre malade comme résultat de l'opération? On ne peut jamais être certain d'avance de ce qu'on obtiendra, mais ici les conditions ne paraissent pas trop mauvaises, l'état général est passable, l'état des poumons est relativement satisfaisant ; nous pouvons espérer un assez bon résultat, et nous aurons probablement une articulation qui permettra certains mouvements, et surtout qui conservera une certaine force. Sinon nous rechercherons une ankylose, car il vaut mieux obtenir une ankylose solide en bonne situation que de laisser au malade un coude sans force ; par conséquent, suivant ce que nous constaterons, nous chercherons ou, au contraire, nous éviterons l'ankylose.

Chez l'adulte, les résultats de la résection du coude sont généralement moins bons que chez les enfants, où ils sont excellents. Je puis vous citer, à ce propos, deux exemples récents : Il y a trois ans, j'ai fait à un enfant une résection typique du coude pour une tumeur blanche, et non seulement cet enfant a guéri, mais il a pour ainsi dire recouvré tous les mouvements de son articulation. Par contre, il y a cinq mois environ, j'ai opéré à Cochin un malade analogue au nôtre, il a guéri avec un peu de mobilité, et j'ai provoqué l'ankylose.

Les résultats lointains de l'opération sont bons ; vous les trouverez indiqués dans la thèse d'agrégation de M. Baraban, de Nancy (1883) et dans la thèse de Cotton (Paris 1885). Mais ils n'arrivent pas à la hauteur de ceux que l'on obtient par la résection de l'épaule, et trop de cas encore se terminent par la reconstitution d'une articulation sans solidité et sans force quand il s'agit de lésions tuberculeuses et que la résection a été totale et largement pratiquée.

HYGIÈNE PRATIQUE

La prophylaxie de la fièvre typhoïde

par M. le Dr F. Coutenot
Professeur de clinique interne à l'Ecole de médecine de Besançon

Commençons par la prophylaxie spéciale. — Le conseil d'hygiène de la Seine résume les précautions à prendre près des malades atteints de fièvre typhoïde.

L'isolement est le préservatif radical ; il n'est pas toujours possible, préférable à la libre pratique, il est cependant moins nécessaire lorsqu'on sait s'entourer de toutes les précautions recommandées. Il faut d'abord éloigner les personnes chez lesquelles on peut craindre une condition de réceptivité, les jeunes gens, les sujets qui n'ont jamais été touchés, les individus fatigués, surmenés ou privés du nécessaire, ceux habitués aux excès même intellectuels, enfin toute personne chez laquelle on soupçonne un degré d'épuisement nerveux ou toute autre cause ayant déprimé la vitalité. Dans les hôpitaux, les malades capables de contracter la maladie seront évacués.

Le malade sera placé dans une chambre séparée, sans tapis, ni rideaux, ni tentures, aérée plusieurs fois par jour. Seul, le personnel de soins y pénétrera, et une propreté excessive du malade sera le sujet de son incessante attention.

Les médecins, infirmiers, internes, sages-femmes, etc., seront donc tenus à des précautions particulières : vêtements spéciaux, lotions de la face, des mains, de la bouche (Netter vante le gargarisme acidulé prophylactique). Après les autopsies, tout médecin renoncera au toucher et à la visite des femmes en couche.

Désinfection. — Comme désinfectant le sulfate de cuivre, 25 à 50 grammes, pour un litre en solution faible ou forte. Nous employons indifféremment ce sel ou le chlorure de zinc.

Enlever rapidement les draps, linges souillés et humides, les immerger immédiatement dans un baquet d'eau très chaude, savonneuse, ou cuivreuse, ou saturée de sel marin. On les désinfectera ensuite, soit à l'étuve, soit en les faisant bouillir dans une lessive de soude.

Ce sont les selles et les matières fécales, réceptacles du contage, qu'il faut désinfecter au plus tôt, quoiqu'elles ne soient pas infectieuses de suite : il en est de même des autres excrétions, urines, expectoration, sueurs, qu'il est préférable de retenir humides, leur poussière étant très dangereuse. Les selles reçues dans des vases à eau phéniquée, soit dans une solution de sulfate de cuivre ou de chlorure de zinc, seront rapidement enlevées. D'après MM. Richard et Chantemesse,

Digitized by Google

la chaux détruit sûrement le bacille, et le lait de chaux stérilise très bien les selles typhiques et dysentériques.

Les fèces seront donc jetées dans les fosses que l'on doit désinfecter chaque fois, lavant à grande eau la cuvette et le tuyau de chute en employant l'acide phénique, le chlorure de chaux, le sel de cuivre ou le sublimé en solution.

A la campagne, les selles seront enfouies, et non jetées sur le sol ou sur les fumiers.

Prophylaxie générale. — Dans une grande ville, plus grande est l'insalubrité, plus grands sont les soins à prendre pour les détruire ou l'amender.

La fièvre typhoïde, parmi les puissances néfastes qui mettent l'humanité en coupe réglée, semble être liée plus qu'aucune autre à nos habitudes sociales, à nos agglomérations, aux souillures, aux impuretés que nous répandons autour de nous; aussi relève-t-elle de l'hygiène générale des villes et des habitations, et l'on peut dire que l'extinction de la fièvre typhoïde est la mesure de la façon dont une administration sanitaire aura fait son devoir; l'assainissement des centres urbains, à ce point de vue, est devenu une *œuvre nationale.*

Le *sol* est perméable ou à revêtement dur; il faut le protéger de la pénétration des substances infectieuses : maintenir la propreté des rues par l'arrosage, l'enlèvement des poussières, des boues, des immondices, des récipients fécaux, la surveillance des fosses et des puits absorbants; l'attention doit même se fixer sur l'heureuse disposition des plantations.

Les *habitations* seront assez spacieuses pour recevoir une aération et une ventilation suffisantes, les parois et les planches assez imperméables pour être lavés facilement.

Les cadavres seront mis très tôt en bière sur la sciure de bois arrosée de solution phéniquée, et entourés de linges saturés de solution savonneuse ou cuprique.

La désinfection générale *post morbum* ou *post mortem* ne peut être *privée*, elle se fait ainsi dans des conditions déplorables qui la rendent parfaitement illusoire, c'est un trompe-l'œil qui peut amener une dangereuse sécurité.

Les familles au milieu desquelles a évolué une maladie infectieuse devraient pouvoir s'adresser partout à un bureau municipal d'hygiène, qui se chargerait lui-même des opérations désinfectantes des habitations et de la désinfection à l'étuve sous pression pour les objets mobiliers.

Technique de la désinfection. — *Désinfection des garde-robes.* — On doit les recueillir dans des vases et les mélanger avec :

Solution phéniquée, 50/000 ou solution sulfate de cuivre, 50/000 ou solution chlorure de zinc, 50/000 ou solution chlorure de chaux, 50/000 ou solution de sublimé, 1/200 ou bien avec un lait de chaux (chaux éteinte récemment, employer la préparation récente, 2 vol. de lait de chaux pour 100 vol. matière fécale).

Désinfection des fosses. — Laver la cuvette et le tuyau de chute avec l'une des solutions précitées. — Lait de chaux : lorsqu'on l'ajoute dans une fosse, il y a dégagement d'ammoniaque, une partie de la chaux se trouve perdue pour la désinfection, on doit en ajouter un excès, tant que la fosse n'accuse pas une réaction alcaline.

Désinfection des linges, etc. — Plonger dans une solution bouillante d'acide phénique, 2 0/0 — Solution bouillante savonneuse. — Solution saturée de sel marin, additionnée de solution de sulfate de cuivre, chlorure de zinc ou sublimé.

Désinfection des cadavres. — Sciure de bois et charbon *ad libitum*, arrosée d'eau phéniquée, 5 0/0. — Enveloppement de linges imbibés de la solution savonneuse :

Savon noir..... 15 grammes,
Eau bouillante..... 5 litres,

ou la solution cuprique.

L'*encombrement* dans les casernes, dans les dortoirs, dans les groupes militaires ou industriels, est un facteur de réceptivité. S'il y a foyer morbide, évacuation d'abord, puis les locaux seront grattés, lavés, repeints, blanchis et au besoin passés à l'acide sulfureux; le blanchiment des murs par le lait de chaux à 50 0/0 peut être considéré suffisant pour désinfecter les locaux où auront stationné les typhiques ou les cholériques, quoique insuffisant pour la tuberculose et le charbon.

L'*eau* de boisson est le principal véhicule des germes morbides, d'où la nécessité pour une ville facilement endémiée d'avoir une distribution d'eau pure; aussi voyons-nous toutes les villes s'occuper de l'eau consommée par les habitants.

Rien ne vaut la bonne *eau de source naturelle* provenant d'une nappe souterraine, éloignée des agglomérations humaines, dans les terrains secondaires, et amenée par des conduites étanches; elle ne contient jamais de microbes pathogènes. A Vienne, la fièvre typhoïde a presque disparu depuis que l'eau de source a remplacé l'eau du Danube.

L'*eau de rivière filtrée*, quoique peu nocive, ne peut en tenir lieu. C'est à quoi sont réduits Londres, Calcutta, etc. Berlin n'a que les eaux filtrées de la Sprée et du lac Egel; la Sprée est un courant d'eau très souillé.

Aucun moyen de purification ne peut donc suppléer à l'eau de source, malgré les grands progrès réalisés dans la technique de la filtration des eaux.

Dans l'impossibilité de se procurer des eaux de source, des eaux minérales ou des eaux filtrées, on aura recours à l'*eau bouillie*, beaucoup moins indigeste qu'on ne le suppose et dont l'ébullition a détruit à la fois les microbes et les toxines.

Le filtrage des eaux de rivière au moyen de bassins de sable, sous pression de haut en bas, laisse passer des bactéries, seulement en proportion diminuée; le meilleur filtrage est celui qui s'opère à travers le sol après un long parcours. Les filtres à charbon, à éponge de fer, sont illusoires. On peut dire qu'aucun appareil ne donne avec sécurité une eau absolument pure; le meilleur s'encrasse et perd graduellement son débit. Est-on certain qu'il débarrasse des bacilles dangereux et des principes organiques dangereux?

Les *égouts* sont un milieu très favorable au développement des bacilles; ils s'y multiplient comme dans un bouillon de culture. Bien compris, les égouts devront avoir une pente suffisante et recevoir une quantité d'eau capable de les laver et d'empêcher la formation de cloaques stagnants. Les soupiraux seront à soupape, et, pour s'y rendre, les eaux ménagères ne devront pas cir-

Digitized by Google

culer à ciel ouvert. Tout égout doit se déverser dans la rivière.

Vidanges. Les vidanges peuvent exister en fosses plusieurs années sans être nuisibles. Le poison putride, inactif, a besoin, pour se produire, de conditions dépendantes de la température, de l'atmosphère, de l'absence d'ozone; même, selon M. Jaccoud, les matières fécales ne deviendraient *typhogènes* qu'autant qu'elles renfermeraient le bacille typhique.

La grande question des réservoirs ou latrines restera toujours pour les villes un problème presque insoluble.

Les *fosses fixes et communes*, non étanches, sans eau, sans trappe, avec des cabinets misérablement installés, communiquant largement avec l'atmosphère et infiltrant facilement, sont encore très fréquentes dans les maisons anciennes de nos villes.

Les fosses *fixes étanches* ou à peu près, sans eau, avec un tuyau de chute et des orifices sans oblitération sérieuse ou des obturateurs automatiques souvent hors d'usage, cependant munies d'une cheminée de dégagement, appartiennent à la pluralité des maisons anciennes.

Les fosses *fixes* à cuvette, soupape et lavage automatique, plus hygiéniques, se rencontrent dans nos constructions modernes. Les water-closets à l'égout, à moins d'un siphon fonctionnant bien, comme toutes les fosses que nous venons d'énumérer, laissent remonter les gaz qui, près des toits, infectent les étages supérieurs.

Le système des *tinettes mobiles* est le procédé préférable partout où l'on ne peut établir le tout à l'égout; il exige quelques dépenses et aussi des assainissements fréquents, mais il semble le plus sûr. L'armée paraît adopter avec avantage ce mode de vidanges.

Les *puisards* et puits perdus, encore en certain nombre dans notre ville, ne sont pas toujours des causes d'insalubrité, comme on le redit trop souvent sans examen. N'étaient-ils pas même autrefois une de nos causes de salubrité? Ce sont des puits ou canaux souterrains atteignant la nappe profonde, faisant l'office d'égouts et avés par les eaux aussi souvent que s'élève le niveau de la rivière.

Technique. — *Désinfection.* — Dans les villes pourvues d'appareils à désinfecter les matelas, les couvertures, draps, objets de literie, hardes, vêtements, peuvent être désinfectés à l'*étuve à vapeur sous pression*. Il faut 120° de chaleur pour tuer les germes tout en ménageant les objets. Les appareils à simple vapeur sont illusoires; à défaut d'étuve sous pression, on peut se servir de la vapeur sulfureuse, mais quelques objets peuvent être détériorés; ceux sans valeur devront être brûlés.

A la campagne, l'exposition à l'air libre pendant deux ou trois semaines suffit assez sûrement; l'action de l'air, de la pluie et de la lumière s'unissent pour assurer la destruction des germes pathogènes. Un procédé de pratique rurale est d'immerger, un assez long temps, dans l'eau très chaude, saturée de sel marin, les hardes, linges, pièces de lingerie, etc.

Les *aliments* et les *denrées* doivent être soumis à une surveillance incessante, Cette mesure, très négligée dans nombre de localités de la France, est rigoureusement observée dans notre ville, où l'on n'admet à l'abattoir aucun animal soupçonné malade, ni sur les marchés l'apport de viandes, de légumes ou de fruits avariés.

La mesure est plus difficile à appliquer au *lait*. Dans les fermes, on a trop souvent l'habitude de couper le lait que l'on apporte en ville. Si l'eau puisée au voisinage pour faire le coupage a été contaminée par une infiltration putride, elle devient, par son mélange avec le lait, un facteur de maladie.

Devons-nous maintenant demander des mesures administratives? Le service des épidémies avec son médecin est-il d'une grande efficacité?

Un bureau d'hygiène, et un service sanitaire en cas d'invasion épidémique me paraissent une très heureuse innovation. Grâce à lui, le pouvoir public se charge de faire procéder à l'opération délicate de la désinfection des objets et des locaux.

La déclaration obligatoire est peu réalisable, elle répugne à nos mœurs et trouve sa condamnation dans le secret médical.

Ce qui serait désirable, c'est qu'une instruction prophylactique, pour *chaque* maladie infectieuse, fût préparée d'avance et distribuée le cas échéant.

REVUE DE CHIRURGIE

Les traitements du bubon chancreux

I. *Traitement par ponction aspiratrice.* — II. *Traitement par l'extirpation et l'incision.* — III. *Traitement par l'incision antiseptique.*

I. Traitement par la ponction aspiratrice. — Le but constant que l'on se propose d'atteindre dans le traitement du chancre mou est la transformation de la surface virulente en une plaie simple. M. Du Castel a indiqué dans ce journal les divers moyens que l'on peut employer pour obtenir ce résultat, nous ne reviendrons donc pas sur ce sujet amplement traité (1).

Nous supposons que la virulence du chancre, pour une raison quelconque, n'a pu être neutralisée et qu'une adénite s'est développée dans le voisinage de la plaie vénérienne. On sait que la formation du pus est très rapide au centre du ganglion infecté, contrairement à ce qui arrive dans les autres formes d'adénopathie; en quelques jours, le tissu ganglionnaire est détruit par la suppuration et le tissu cellulaire peri-ganglionnaire est lui-même atteint par l'inflammation, de telle sorte que le bubon se présente sous la forme d'une tumeur inflammatoire plus ou moins volumineuse, soulevant légèrement la peau, peu mobile dans ses parties profondes, s'accompagnant d'empâtement periphérique et d'une fluctuation centrale.

On doit ouvrir cette adénite de bonne heure, dès que la présence du pus y a été reconnue, si l'on veut éviter la marche envahissante du nouveau chancre ganglionnaire et des décollements étendus. Plusieurs méthodes ont été employées pour donner issue au pus.

Une des plus simples est la ponction aspiratrice suivie de l'injection d'un liquide antiseptique destiné à détruire le virus chancreux. Ce moyen est peu employé, il n'empêche pas toujours la reproduction du pus, la formation de fistules consécutives, et peut même être suivi d'une complication plus bizarre: l'enkystement de la substance injectée, ainsi que M. Le Jollec en rapporte l'exemple suivant (2). « Le nommé X..., atteint de bubon suppuré à droite par suite de chancres, est traité le 16 avril 1891 par une injection de vaseline iodoformée. Le 24 juin, le bubon paraît guéri, il n'y a pas de cicatrice; cependant en un point la peau est rouge et amincie: pas de fluctuation. Quelques jours après, le malade se plaint

(1) Voir: *Rev. gén. de clin. et de thérap.*, nos 15, 16, 17, 1891.
(2) *Arch. de méd. navale et coloniale*, oct., 1891.

Digitized by Google

de douleurs vives le long de la région interne de la cuisse droite. Le 30 juin, il s'aperçoit qu'un très petit orifice s'est formé au point où la peau est rouge ; il y a un peu de suintement. Un examen attentif fait découvrir une autre très petite solution de continuité de la peau à quatre centimètres au-dessus et en dehors de la première ; la ligne qui les unit a exactement la direction du pli de l'aîne. En pressant sur les bords de l'orifice inférieur, on fait sortir une substance qui a un peu l'aspect de la matière sébacée. Les deux orifices sont réunis par un trajet fistuleux sous-cutané. On l'incise par la sonde cannelée et l'on met ainsi à jour à la partie inférieure et interne de la fistule une sorte de cavité kystique à parois lisses, grisâtres, du volume d'une grosse noisette, contenant la matière que la pression faisait sortir. Il fut très facile de reconnaître que cette substance n'était autre que de la vaseline pure. L'iodoforme avait été absorbé, la vaseline ne présentait pas la moindre trace de coloration jaune. »

II. — **Traitement par l'extirpation l'incision simple.** — Lorsque le bubon est encore à une période voisine de son début, certains chirurgiens en font l'extirpation totale pour obtenir une cicatrisation rapide et éviter le phagédénisme. Outre que cette méthode n'est pas exempte de dangers et qu'elle n'a pas toujours donné les résultats désirés, on peut lui reprocher de nécessiter une opération hors de proportion avec un accident le plus souvent sans gravité.

Le traitement de choix du bubon est, après nettoyage antiseptique complet de la peau, l'incision simple soit avec le bistouri, soit avec le thermo-cautère, incision assez large pour amener le libre écoulement du pus et mettre à jour les diverticules qui n'auront pas manqué de se former, si l'intervention a été tardive. Certains auteurs conseillent d'abraser les parois de l'abcès avec la curette tranchante, de façon à enlever tous les germes virulents; d'autres emploient une pratique plus simple et qui donne d'aussi bons résultats. Cette méthode consiste à toucher le foyer soit avec la teinture d'iode, la liqueur de Van Swieten, soit avec des solutions de nitrate d'argent au 1/30e, de chlorure de zinc au 1/10e, ou phéniquées fortes; cela étant fait, on panse la plaie avec la gaze au salol ou à l'iodoforme, ou mieux encore avec la poudre d'iodoforme. La cicatrisation doit être surveillée avec soin, de façon à combattre dès le début le phagédénisme si la plaie reprenait son ancienne virulence. Toutefois cette complication est devenue plus rare depuis l'emploi de la méthode antiseptique.

III. — **Traitement par l'incision antiseptique.** — MM. Balzer et Souplet (1) ont recommandé récemment une poudre antiseptique dont l'idée première appartient à M. Socin. En voici la composition :

Chlorure de zinc.....	1 partie.
Oxyde de zinc.....	10 parties.

Ce mélange peut être transformé à volonté en une pâte très malléable en y ajoutant un peu d'eau; celle-ci s'applique aisément à l'aide d'une spatule. Nous avons été très satisfait de son usage dans un bubon à cicatrisation lente, menaçant de se compliquer de phagédénisme. Au bout de deux jours, la plaie était devenue plus nette et s'est rapidement cicatrisée. L'emploi de cette pâte, malgré la forte proportion de chlorure de zinc qu'elle renferme, ne présente aucun inconvénient à l'exception d'une très légère douleur pendant la première heure de son application. Toutefois, elle ne tarit pas complètement la suppuration, celle-ci s'accumule au-dessous du pansement qui, pour cette raison, doit être renouvelé tous les deux ou trois jours.

MM. Balzer et Souplet procèdent de la façon suivante. S'il s'agit d'un bubon suppuré bien limité, on peut se contenter d'une petite incision. Le pus évacué, on met dans la plaie une petits quantité de pâte et on applique par-dessus, de façon à déborder largement sur la peau voisine, des couches alternatives de minces lamelles de coton hydrophile et de pâte. On obtient ainsi un pansement qui est à la fois occlusif, antiseptique et adhésif. Dans le but de donner plus de solidité au pansement, il est bon d'appliquer par-dessus un spica légèrement ouaté.

Lorsque le bubon est virulent, ulcéré spontanément, lorsqu'il présente un décollement plus ou moins étendu, après avoir agrandi l'ouverture avec le bistouri, ou mieux avec le thermo-cautère, on mettra les surfaces profondes en contact immédiat avec le chlorure de zinc au moyen de gaze iodoformée imbibée avec la pâte précédente, puis on complétera le pansement avec un spica.

Quand on le lève au bout de deux ou trois jours, on constate que la plaie est presque nette, qu'elle rougit et bourgeonne ; vers le deuxième ou le troisième pansement, cette marche vers la cicatrisation est absolument assurée. A ce moment, il est bon d'abandonner la pâte chlorurée qui détermine une sécrétion sanguinolente et de continuer avec l'iodoforme jusqu'à la guérison complète, qui ne tarde guère à se produire.

Le mélange de Socin, employé sur des surfaces planes ulcérées, ne détermine jamais de cautérisation excessive. Il n'en est plus de même quand il s'agit d'une ulcération cavitaire ; son emploi exige alors une surveillance attentive. En effet, les expériences de M. Lannelongue ont montré que le chlorure de zinc au dixième injecté sous la peau peut entraîner la formation d'eschares. Toutefois, MM. Balzer et Souplet n'ont jamais observé d'accident de ce genre avec la pâte zinguée ; il suffit donc d'en connaître la possibilité pour faire un emploi judicieux de ce mélange antiseptique.

Dr H. Marciguey.

(1) *Bulletin méd.*, 30 sept., 1891.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

MÉDECINE

Tumeurs primitives du cœur, par M. Jurgens. — Ces quatre tumeurs ont été constatées à l'autopsie et n'avaient pas donné lieu, pendant la vie, à des troubles fonctionnels apparents (*Berl. klin. Woch.*, 13 oct. 1891).

1er cas. — Enfant de 10 mois : Tumeur de la grosseur d'une cerise dans l'oreillette droite; insertion sur la lèvre antérieure de la valvule tricuspide. C'était un fibrome simple.

2e cas. — Homme de 50 ans : Concrétion polypiforme et fibromyomateuse de l'oreillette gauche, fixée au milieu de la paroi antérieure et pénétrant dans l'orifice mitral. Au microscope, on reconnaît la nature fibro-myomateuse et l'abondante vascularisation de la tumeur.

3e cas. — Homme de 36 ans, mort subite : Fibro-sarcome de l'oreillette droite et de la valvule tricuspide, causant un rétrécissement de l'orifice tricuspidien.

4e cas. — Femme de 19 ans, mort subite : Gommes infiltrant la totalité du cœur droit et, en particulier, l'endocarde, la cloison et la valvule tricuspide. L'orifice tricuspidien est rétréci. Artério-sclérose des artères et des veines du ventricule droit; de plus, occlusion de quelques-uns de ces vaisseaux. S. R.

Endocardite septique consécutive à la circoncision, par

Digitized by Google

M. Czerny. — Cet accident septicémique est rarement observé après une telle opération (*Prag. méd. Woch*, 1891, p. 39).

Dans le cas actuel, il s'agissait d'un enfant israélite récemment circoncis et qui accusa un mouvement fébrile post-opératoire en même temps que des phénomènes cardiaques (souffle dans le cinquième espace intercostal, dilatation du cœur, etc.) Ces phénomènes disparurent avec la fièvre. M. Czerny les attribue à une endocardite septique post-opératoire. S. R.

La fièvre essentielle du rhumatisme articulaire, aigu et chronique, par M. O. Kahler. — Il s'agit d'un état fébrile indépendant, observé comme symptôme isolé, et dominant seul tout le tableau clinique de la maladie. En d'autres termes, la fièvre ne dépend, cliniquement parlant, dans son apparition et dans son évolution, d'aucune autre manifestation de la maladie. Pour se servir d'un terme de comparaison, elle est à rapprocher de la fièvre initiale de la fièvre typhoïde ou de la rougeole, fièvre dite prodromique, qui peut être observée à l'état isolé, sans être suivie des signes propres à chacune de ces maladies (*Zeitsch f. K. Med.*, bd. 19, nos 1 et 2).

Dans le rhumatisme articulaire aigu, contrairement à l'opinion de Besnier et Homolle, la fièvre prodromique ne peut pas toujours être considérée comme une conséquence de manifestations viscérales de la maladie. M. Kahler l'a vue, dans quelques cas, persister jusqu'à sept jours, sans la plus légère affection des organes internes. Le diagnostic reste alors incertain, et l'on songe volontiers à un début de fièvre typhoïde, d'autant plus qu'il existe ordinairement de la diarrhée et une augmentation de volume de la rate.

D'autre part, Kahler rapporte des observations de rhumatisme aigu dans lesquelles, après la jugulation des manifestations articulaires par le salicylate de soude, on voit cette même fièvre reparaître et persister même pendant plusieurs semaines, à l'état de symptôme isolé, sans la moindre détermination viscérale.

L'auteur rapproche ces faits des observations d'Immermann et d'Edlefsen sur les myalgies rhumatismales fébriles. Or, d'après lui, il existe également dans le rhumatisme chronique (arthritis deformans polyarticularis) une fièvre analogue. Mais il fait observer que le salicylate de soude agit beaucoup plus énergiquement et plus sûrement dans la fièvre des rhumatisants aigus. Quant à la fièvre observée par Kahler dans les cas de rhumatisme chronique, elle est peu influencée par le salicylate de soude; elle survient sous forme d'accès de courte durée ou comme fièvre initiale, les accidents articulaires n'apparaissant que quelque temps après sa disparition. Enfin, elle prendrait quelquefois le caractère de la fièvre récurrente, alors que le processus semble entièrement arrêté dans son évolution. Sa nature est d'ailleurs parfaitement inconnue. A. W.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'asthme cardiaque, par M. Heitler. — Cette médication consiste dans des injections de morphine, si l'état du cœur le permet, en injections d'éther, dans l'administration de l'alcool et du thé et surtout en inhalations d'oxygène au début. Lorsque la crise s'annonce par la fréquence, et la petitesse du pouls, la cyanose et la congestion de la face, de l'agitation et de l'accélération de la respiration avec sensation subjective de dyspnée sans dyspnée objective réelle (*Cent. f. ges. therapie*, sept. 1891).

L'auteur fait quelques remarques sur le diagnostic de l'athérome aortique. Par suite de l'athérome avancé du vaisseau, la valvule mitrale se dilate et devient fonctionnellement insuffisante. On entend un souffle au premier temps, d'abord pendant un certain temps un simple manque de netteté au premier bruit à la pointe. A la base, le deuxième temps est fort, claqué, mais ce *renforcement du deuxième bruit aortique* a son maximum *à gauche du sternum* et non à droite, comme on a accoutumé de le trouver. Cette remarque est de grande valeur car avec un souffle de la pointe au premier temps, un renforcement du deuxième bruit à la base, à gauche du sternum, on fait le diagnostic d'insuffisance mitrale peu intense, si la matité cardiaque est peu augmentée, avec exagération de la tension dans l'artère pulmonaire. Ce diagnostic erroné conduit à un pronostic que vient souvent démentir une mort subite.

On se méfiera donc de l'athérome aortique chez un sujet de quarante ou même de trente ans ayant de l'athérome et des accès asthmatiques d'apparence nerveuse. L'athérome de l'aorte se complique souvent de celui des coronaires, mais il n'y a pas de rapport forcé entre le degré des lésions de ces deux départements vasculaires; de même la myocardite chronique dérivée de la coronarite peut être, ou beaucoup plus ou beaucoup moins marquée que l'endartérite dont elle dépend. H. G.

Une injection composée contre la blennorrhagie, par M. Netzewki. — Cette préparation aurait pour effet d'être à la fois sédative des douleurs uréthrales, astringente et balsamique (*Arch. f. derm. und syph.* 1891, p. 668).

Baume de copahu.....	4	grammes.
Eau distillée.....	150	—
Jaune d'œuf.....	n° 1	

Faire une émulsion que l'on mélangera avec la solution suivante :

Extrait de belladone.....	ãã 0,50 centigrammes
Sulfate de zinc.....	
Eau de laurier-cerise.....	5 grammes

En injections répétées deux fois quotidiennement.

N. R.

Traitement de la blennorrhagie par les insufflations d'iodoforme, par M. Hanika. — Ce procédé consiste à projeter dans l'urethre, deux fois par jour et après une miction et au moyen d'un instrument spécial une poudre médicamenteuse ainsi composée (*Med. chir. rund.*, 1891, n° 16, p. 124) :

Tannin.....	ãã 1 partie
Iodoforme.....	
Sulfate de thalline.....	

L'originalité de la médication consiste dans l'application du topique et non dans le choix des substances médicamenteuses qui entrent dans ce mélange. S. M.

Du traitement de la diphtérie par les irrigations salicylées, par M. Parisot. — C'est dans le cours d'une épidémie, en 1890, que ce traitement a été employé par l'auteur. L'acide salicylique, détruirait la fausse membrane et l'empêcherait de se reproduire aussi vite (*Bull. général de thérap.*, 15 *septembre* 1891).

La formule employée par l'auteur était la suivante :

Acide salicylique...	1	gramme
Eau.....	980	—
Alcool à 90°.....	20	—

Faire dissoudre dans l'alcool et ajouter de l'eau. Irriguer le fond de la gorge avec un à deux litres de cette solution dans les 24 heures.

Le bock laveur, modifié pour la circonstance, a paru l'instrument le plus commode; suspendu à un mètre au-dessus de la tête du malade, le jet a assez de force pour détacher les fausses membranes.

Traitement de la cystite hémorragique et post-blennorrhagique du col par le salicylate de soude, par M. Meynier. — Notre distingué confrère militaire a fait usage de cette médication dans vingt-cinq cas. Rapidement, sous son influence, les douleurs vésicales, l'hémorragie et les envies d'uriner diminuaient (*Arch. de med. militaire*, oct. 1891).

Il s'agissait de cas aigus. Dans les formes chroniques les insuccès sont plus nombreux. La dose moyenne est de

Digitized by Google

6 grammes de salicylate à donner quotidiennement. Au besoin, on l'élève à 8 et 10 grammes. On l'administre en solution et par prises fractionnées, de deux en deux heures; en ayant soin de ne pas cesser brusquement la médication. On diminue donc cette dose, et quand elle est réduite à trois grammes, on la continue jusqu'à disparition de toute chance de retour.

Ce traitement est impuissant pour tarir le catarrhe vésical, persistant après la cessation des troubles fonctionnels. Contre lui on emploiera les balsamiques. S. R.

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

MÉDECINE

Le traitement médical des ulcères variqueux de la jambe.

D'ordinaire on considère cette affection comme d'ordre chirurgical : est-ce à tort ou à raison ?

La réponse paraît aisée quand on se contente de dire : voilà une complication banale, inflammatoire et accidentelle, des varices.

En fait, cette réponse l'est beaucoup moins, en se plaçant à ce point de vue plus général et plus clinique, qui consiste à y voir l'aboutissant commun de lésions complexes, dont les causes, simples ou spécifiques, virulentes ou parasitaires, sont multiples ; mais au milieu desquelles l'*état de varices* (E. Besnier et Doyon) joue le premier rôle (1).

Au début, avant toute effraction cutanée, la vitalité du membre variqueux est modifiée. Il y a, pour ainsi parler — comme dit M. E. Janselme qui a bien étudié ce processus (2) — une « lente désorganisation » des tissus : nerfs, vaisseaux, téguments. C'est la *période préparatoire* de l'ulcère, dans laquelle des lésions trophiques d'origine nerveuse interviennent vraisemblablement à la manière d'un « intermédiaire essentiel » C'est l'heure *du traitement prophylactique*. Survient-il un incident d'apparence même médiocre : léger traumatisme, rupture d'une varice, poussée eczémateuse ? Sur ce terrain tout préparé, voilà, on le sait, un prétexte banal à l'ulcération et la porte ouverte aux germes infectieux. Désormais, le malade est en période ulcéreuse : il y a indication au *traitement antiseptique et résolutif*.

Enfin dernière phase : d'une part, persistance de l'atherome, des varices et des lésions nerveuses, — une sorte de triade pathogénique, selon une expression imagée ; — d'autre part, renouvellement des agressions par les germes infectieux extérieurs ; conséquemment poussées de lymphangites à répétition, dermite hypertrophique et, finalement, induration.

Pour l'anatomo-pathologiste, cet ulcère est arrivé en *période pachydermique*. Pour le thérapeutiste, il y a lieu, dès lors, d'associer les moyens médicamenteux aux moyens opératoires et indication au *traitement chirurgical*.

(1) E. Besnier et Doyon, annotations à la *Pathologie et au traitement des maladies de la peau* de Kaposi (2e édition), 1891, VII, p. 707.

(2) E. Janselme (*Thèse de Paris*, 1888 et *Gaz. des hôpitaux*, 1888, p. 793).

Cet ulcère variqueux possède la réputation vulgaire d'être une affection rebelle : malade et médecin, chacun le sait. Contre lui, les médications sont nombreuses et bien souvent impuissantes, chacun le sait aussi. Quel choix doit-on, à l'heure actuelle, faire parmi elles ? Quand et comment les employer ?

I. Traitement prophylactique. — Il est général et local.

Inutile d'insister sur l'*hygiène générale*. Les prescriptions en sont banales : combattre l'impaludisme, la diarrhée, l'anémie, le lymphatisme, l'artério-sclérose, les états cachectiques... bref, par un régime et des médicaments appropriés (fer, iodiques, arsénicaux, huile de foie de morue, suralimentation) tonifier l'organisme, stimuler la nutrition et mettre, comme l'on dit, les tissus, ou, en d'autres termes, le terrain, en état de résistance.

Localement, l'*hygiène du membre variqueux*. Ici, l'intervention prophylactique, suffisamment précoce, est souvent victorieuse. Pour juger de sa valeur, il ne faut point s'en tenir seulement à l'observation des malades qui viennent réclamer des soins à l'hôpital, sur le tard, après des fatigues professionnelles excessives, des privations prolongées ou l'essai intempestif des remèdes les plus divers et les moins innocents.

Sur le membre variqueux, les *soins de propreté* seront minutieux : bains locaux fréquents, lotions savonneuses tous les jours, afin, selon le précepte d'Unna, « de bien nettoyer et de dégraisser la surface cutanée » ; de plus, enfin, dans le but de diminuer les démangeaisons, lavages à l'eau boriquée chaude, suivis d'une application de poudre de talc boriqué.

On vient en aide à la circulation veineuse par la *compression méthodique* au moyen des bandes roulées, du bandage ou du bas élastique et, l'encombrement vasculaire augmentant, par le repos au lit et la position élevée du membre malade.

On a encore à prévenir ou à combattre les *poussées eczémateuses*, à proscrire les *fatigues professionnelles* et à défendre l'abus de la station debout.

Ces recommandations semblent banales ; c'est vrai, mais qu'importe. Leur ensemble n'en constitue pas moins pour le membre variqueux une hygiène dont on ne saurait nier l'opportunité dans la période préparatoire de l'ulcère. Voilà ce qui importe le plus.

II. Traitement antiseptique et résolutif. — L'ulcère existe : quelle conduite tenir ? *Désinfecter* la plaie et la *panser*.

Ces deux indications sont formelles ; on ne saurait trop le répéter, une médication qui serait résolutive sans être en même temps antiseptique, mériterait, à l'heure actuelle, de passer pour incomplète.

En premier lieu, le *nettoyage du membre malade* par des bains, des lavages antiseptiques et le savonnage.

Les *bains* seront *tièdes* : leur température variera entre 32 ou 34 degrés. Trop chauds, ils pourraient, accident plus redoutable ici qu'ailleurs, motiver une poussée d'eczéma. Leur *durée* sera de trois quarts d'heure à une heure : des bains aussi prolongés ne sont-ils pas, double avantage, détersifs pour le nettoyage de la région et résolutifs contre l'inflammation ?

Digitized by Google

Les rendra-t-on *antiseptiques* par l'addition du sublimé ou d'un autre agent désinfectant ? Non : en raison de la possibilité d'une intoxication due à l'absorption du médicament par la surface de la plaie, Ce danger n'est point imaginaire, avec une ulcération étendue et par l'usage des sels de mercure. On assurera suffisamment l'asepsie de l'eau par son ébullition préalable.

Par contre, on pratiquera des *lavages antiseptiques* du membre malade avec eau boriquée ou mieux la solution de sublimé. Point d'éponges, un tampon de linge fin et usé ou d'ouate hydrophile imbibé du topique : des frictions douces sur la peau saine et des applications simples sur les régions enflammées ; car, s'il convient de nettoyer les surfaces, il ne faut cependant, à aucun prix, ni écorcher, ni irriter les bords de l'ulcère. Enfin, autres précautions : la température du liquide n'est point indifférente : ne sait-on point que, suffisamment *chaudes*, les solutions mercurielles ou boriquées calment le prurit.

Mêmes soins pour le *savonnage* de la peau : Unna (de Hambourg), Vidal, dans son service, et Brocq, dans son beau livre (1) ont suffisamment insisté sur leur utilité.

En second lieu : la *désinfection de l'ulcère*. On les renouvellera avant chaque pansement et après chaque bain sous la forme de *pulvérisations antiseptiques*.

Comment pratiquer ces pulvérisations ?

Pour la prescription de l'agent antiseptique, on a l'embarras du choix : acide borique, acide phénique, sublimé ou alcool : ces derniers, inutile de le dire, sont préférables. Quel que soit le remède adopté, on le véhiculera dans l'eau bouillie et on prolongera la pulvérisation durant dix ou quinze minutes. Ces détails sont-ils excessifs ? Non ! car bien pratiquée, la pulvérisation aura pour triple résultat : de déterger la plaie infectée, de l'antiseptiser, enfin de diminuer l'inflammation et la douleur. Appliquée au traitement des ulcères, elle doit donc posséder les mérites d'un topique à la fois antiseptique et résolutif.

En troisième lieu : le *pansement* ; il doit posséder les mêmes vertus. C'est le *pansement par occlusion* ? Quel topique choisir : *emplâtres, poudres ou pommades*.

Le *pansement de Baynton* par les bandelettes de diachylon, imbriquées, est classique mais non antiseptique. Voilà son défaut capital. Il réalise cependant une occlusion satisfaisante de la plaie et, autre avantage, une utile compression du membre malade.

Doit-on en abandonner l'usage ? Non ! il vaut mieux perfectionner sa technique. On dispose, il est vrai, du *pansement à l'emplâtre de Vigo* qui réunit ce double avantage ; mais, autre inconvénient, il est irritant.

Le *pansement à l'emplâtre rouge* de Vidal convient mieux. On l'emploiera donc de préférence aux topiques gras ou pulvérulents, quand le malade pourra demeurer dans un repos absolu et quand les bords de l'ulcère seront médiocrement enflammés. En voici la formule :

Minium	5 grammes
Cinabre	3 —
Emplâtre de diachylon	32 —

(1). Brocq. — Traitement des maladies de la peau. Paris 1890. p. 865.

La technique du pansement est banale ; diviser le diachylon à l'emplâtre rouge en étroites bandelettes ; imbriquer ces dernières, puis : une couche d'ouate hydrophile, une toile gommée et une bande roulée modérément compressive (1).

Les *topiques pulvérulents* semblent mieux indiqués sur un ulcère de médiocre étendue. On en a proposé un grand nombre. A l'hôpital St-Louis, durant ces dernières années, M. Vidal faisait volontiers usage de la poudre de *sous-carbonate de fer* (2) ; ce sel est médiocrement antiseptique.

L'*iodoforme* possède toujours des partisans. Unna est de ceux-là ; cependant il a contre lui son odeur et sa toxicité. L'*aristol* est exempt de ces inconvénients. M. Brocq le considère comme assez efficace. A l'heure actuelle, il semble donc le topique pulvérulent de choix.

Comment l'employer ? Par un procédé imité du pansement sec iodoformé d'Unna c'est-à-dire en préservant les bords de l'ulcère par un enduit protecteur.

1° On appliquera au pinceau, sur une zone circonscrivant les bords de la plaie, la préparation suivante, préalablement liquéfiée au bain marie :

Oxyde de zinc Gélatine pure	ãã 5 grammes.
Glycérine Eau bouillie	ãã 20 grammes.

2° Après dessication d'ailleurs rapide de cet enduit, pulvérisation abondante d'aristol sur la plaie ;

3° Recouvrir de gaze au sublimé, enveloppement d'une couche d'ouate et d'une toile gommée ; enfin, application d'un bandage contentif en spirale au moyen de toile fine ou de tarlatane sèche.

A la toile gommée, Unna préfère la bande de tarlatane gommée à double globe, qu'il mouille avant de l'appliquer et qu'il entre-croise en avant de la région malade. La solidité d'un tel pansement n'est point douteuse ; par contre, sa rigidité le rend médiocrement tolérable.

C'est un motif suffisant pour le réserver aux cas exceptionnels. Le *pansement avec les onguents* ne possède point cet inconvénient. On l'adoptera donc plutôt, dans le traitement des ulcères douloureux, irrités ou enflammés. En voici la technique :

1° Comme topique : *l'onguent napolitain au camphre et au savon*, suivant la formule de M. Lucas Championnière ;

Onguent napolitain	2 parties.
Pommade camphrée Savon médicinal	ãã 1 partie.

2° Application sur la plaie d'un gâteau de charpie phéniquée ou d'une compresse de gaze phéniquée, enduite de cet onguent.

3° Enveloppement avec l'ouate hydrophile. Toile gommée. Bande roulée.

Inutile de rappeler l'opportunité de combattre la lymphangite ou les poussées eczémateuses contre lesquelles la thérapeutique classique dispose des cataplasmes, des fomentations antiseptiques, etc., etc. Par contre, on ne saurait trop insister sur l'utilité de la *compression élastique*.

Son emploi est indiqué après la disparition de la dou-

(1) Lyon : *Annales de médecine*. (8 fév. 1891, p. 38).

(2) Mirhan Zargarian : (*Thèse de Paris*, 1881) et Maison (*Thèse de Paris*, 1882).

Digitized by Google

leur et de l'inflammation et avant l'ouverture définitive de la période pachydermique. On l'obtient avec la bande de caoutchouc, appliquée le matin, par-dessus le pansement, et conservée durant le jour seulement.

III. Traitement chirurgical. — C'est surtout celui des ulcères rebelles. La période pachydermique (*scarification, raclage*), ou des ulcères de vaste étendue (*greffe épidermique* ou *dermo-épidermique, autoplastie, incision de Dolbeau*, etc., etc.).

Ces dernières opérations sont exposées dans les auteurs classiques. Je passe.

Le raclage et les scarifications sont des moyens plus médicaux. Quand les employer?

Le *raclage* convient pour réprimer les bourgeons charnus exubérants et qui retardent la cicatrisation. En voici la technique réduite à sa plus simple expression :

1° Tenir la curette de Vidal à la manière d'une plume à écrire ;

2° Promener l'instrument légèrement à la surface des bourgeons charnus exubérants, mais en ménageant les îlots de tissu cicatriciel ;

3° Immédiatement après : hémostase, lavage antiseptique et pansement de l'ulcère avec les poudres antiseptiques.

Les *scarifications* sont indiquées sur les ulcères à bords calleux et indurés. Elles conviennent donc surtout dans la période pachydermique (1). Comment les pratiquer?

1° Diriger un scarificateur à lame unique, celui de Vidal, par exemple, perpendiculairement aux bords de la surface ulcéreuse ;

2° Les incisions seront parallèles et distantes entre elles de 20 à 30 millimètres ;

3° En *longueur* : elles empiéteront à peine sur la surface de l'ulcère ; mais dépasseront ses bords de deux à trois centimètres,

En *épaisseur* : elles intéresseront le derme ;

4° Arrêter l'écoulement sanguin par un tampon de coton hydrophile et une légère compression ;

5° Après l'hémostase, déterger la plaie par des lavages antiseptiques et faire précéder le pansement par des pulvérisations avec la solution de sublimé.

En terminant, une remarque. Ce traitement amène d'ordinaire une amélioration : la surface de l'ulcère bourgeonne, ses bords s'affaissent. la cicatrisation s'établit. Cependant, ici plus qu'ailleurs, l'obstination à s'en tenir à un topique unique ou à un seul mode de pansement serait une erreur.

Modifier l'un, changer l'autre, cela suffit, l'expérience clinique le prouve, pour hâter la cicatrisation. C'est dire que, sous une apparence fort banale, le traitement médical de l'ulcère variqueux est tout à la fois question d'indication et d'instinct thérapeutique.

Enfin, autre remarque, moins philosophique: la guérison est d'ordinaire fragile et la cicatrice délicate. On assurera l'une et on protégera l'autre par l'usage des bas varices, de la bande élastique, une couche d'ouate ou les applications quotidiennes sur la peau de talc boriqué et finement pulvérisé.

Ch. Eloy.

(1) Chaussat. Traitement des ulcères calleux par les scarifications (*Thèse de Paris*, 1883). — Chevalier (*Thèse de Paris*, 1883).

FAITS CLINIQUES

Péritonite tuberculeuse à forme ascitique

Ponction évacuatrice et lavage antiseptique. — Guérison (1)

par le Dr L. Monnier

(*Chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph*).

Obs. I. — Voici l'histoire du nommé H. Paul, âgé de six ans. Issu d'une mère saine et vigoureuse, mais d'un père phthisique, il a deux frères bien portants et un autre maladif. Lui-même a toujours été chétif et sujet aux bronchites, s'accompagnant d'otorrhée purulente double.

Au commencement de février de cette année, il est pris de violents maux de tête et de vomissements, mais sans douleurs abdominales ; néanmoins un médecin appelé constate du ballonnement du ventre et un épanchement ascitique.

Ce n'est que vers le 15 que de cruelles souffrances sont survenues du côté du ventre : celui-ci a peu à peu acquis le volume que nous lui trouvons lors de son entrée dans notre service, le 1er mars. Notons de plus une abondante diarrhée et la réapparition de l'otorrhée.

Etat actuel (1er mars 1891). — Enfant chétif, pâle, aux traits tirés, au nez pincé, ayant en un mot le facies péritonéal. La maigreur et la gracilité des membres contrastent avec le volume du ventre qui est énorme et s'accompagne de la distension de la cicatrice ombilicale. Le thorax est élargi à sa base, les côtes font saillie : par contre les espaces intercostaux sont déprimés.

La palpation et la percussion, même délicatement faites, provoquent des douleurs, surtout dans les fosses iliaques et au-dessus du pubis.

La percussion dénote une matité occupant les flancs, l'hypogastre et remontant à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic, mais, chose curieuse, les changements de position n'amènent pas de modifications notables dans la ligne de matité. La fluctuation est au reste évidente.

Les parois abdominales sont sillonnées de veines assez volumineuses. L'appétit est presque nul, pas de vomissements, fièvre insignifiante : rien du côté des poumons.

Cet état s'aggrava insensiblement malgré le traitement classique de la péritonite : révulsifs sur le ventre, toniques, etc., aussi le 10 mai, le ventre augmentant toujours de volume, nous décidâmes-nous à intervenir, suivant la méthode de Debove, mais sans anesthésie chloroformique, si grande était la faiblesse.

Le lieu d'élection pour la ponction péritonéale est lavé antiseptiquement : un trocart à hydrocèle, passé à la flamme, est enfoncé et donne issue à trois litres au moins de liquide ascitique parfaitement normal ; puis, à l'aide du laveur de Habert, dont la pointe effilée de la canule en verre s'introduit aisément dans le manchon métallique du trocart, nous faisons passer, dans la cavité péritonéale, successivement quatre litre d'une solution boriquée au 60me et un litre d'une solution phéniquée au 100me : l'eau qui a servi pour dissoudre les acides a été filtrée et bouillie ; ces liquides sont à 36° ou 37°. Pendant que la solution modificatrice pénètre, nous massons légèrement, mais largement le ventre, afin qu'aucun recoin péritonéal ne reste sans être baigné par elle.

Nous laissons quelques grammes de liquide et fermons la piqure au collodion.

L'opération a été très peu douloureuse ; l'enfant ne s'est nullement débattu ; il était couvert d'une sueur abondante à la fin de la séance, qui avait duré 20 ou 25 minutes. — Ouate et bandage de corps compressif.

Les jours suivants : douleurs abdominales assez vives, quelques vomissements bilieux, sueurs abondantes, un peu de fièvre le soir. T. 37°8 à 38°6, mais le liquide ne paraît pas s'être reproduit. L'état général, vers la fin de mai, s'était transformé : le teint était bien meilleur, les forces revenaient et l'appétit avait complètement reparu.

Le 10 juin, le ventre redevint un peu douloureux et augmenta de volume : matité et sensibilité au-dessous de l'ombilic et

(1) *Société médico-pratique*, séance du 12 octobre 1891

Digitized by Google

dans les fosses iliaques, mais pas de fluctuation ; cependant, devant la persistance de ces phénomènes, le 19 juin, nous fîmes, au même point que précédemment, en pleine matité une ponction, mais sans aucun résultat ; nous sentions nettement être dans l'épaisseur des fausses membranes.

Cette ponction ne fut suivie d'aucune réaction, mais à partir de ce jour l'état général s'améliora rapidement, le ventre lui-même se rétracta assez vite et depuis lors l'enfant soumis à notre observation journalière n'a pas cessé d'être en parfaite santé.

Aujourd'hui, 12 octobre, comme vous pouvez le voir, sa physionomie est excellente, il a les apparences de la santé la plus florissante.

Le ventre, quoique resté très légèrement augmenté de volume, est indolent, absolument sonore excepté à l'hypogastre, où il y a un peu de diminution de la sonorité; à part une légère résistance en ce point, sa souplesse est parfaite.

Nous avons tenu à présenter cet enfant à la Société médico-pratique, après l'avoir tenu en observation près de cinq mois dans notre service, afin que vous puissiez juger, par vous-mêmes, de l'efficacité du traitement préconisé par M. Debove.

Loin de nous la pensée de pratiquer la ponction avec lavage, à l'exclusion de la laparotomie. Ainsi que nous le disions dans la dernière séance, chacune de ces méthodes a ses indications. Les ponctions avec lavages nous semblent convenir aux cas comme celui-ci, où le liquide est abondant, certainement séreux; ou l'état général, sans grande élévation de température, est profondément débilité, ou, par là même, le choc opératoire est à craindre.

Nous ne saurions admettre, comme le prétendent MM. Routier et Schwartz (1) que dans ces formes franchement ascitiques, la ponction soit un moyen aveugle : après un examen attentif et avec une certaine habileté manuelle, on peut hardiment enfoncer le trocart au lieu d'élection, sans grande crainte de perforer l'intestin. De plus nous avons toujours pour principe de préférer les méthodes simples, à la portée d'un grand nombre, aux méthodes plus complexes, plus difficiles et par là même accessibles seulement au petit nombre. Or, ici il y a une différence très sensible comme technique opératoire et des précautions à prendre entre les deux façons de procéder.

Pour légitimer une laparotomie, il faut un outillage spécial, absolument aseptique, des aides exercés et, avant tout une pratique consommée de la chirurgie antiseptique.

Dans la ponction : un trocart bien flambé, manié par une main simplement médicale, *mais propre*, un laveur antiseptique, et c'est tout.

Malgré notre préférence marquée pour cette extrême simplicité, nous n'avons pas hésité et nous n'hésiterons jamais à faire la laparotomie chez des malades analogues à celles dont nous avons entretenu la Société médico-pratique, dans sa séance de juillet dernier.

Obs. II. Cette fillette, âgée de 7 ans, avait été prise, trois semaines avant que nous l'opérions, de douleurs vives avec sensibilité extrême du ventre, ballonnement, diarrhée, vomissements porracés. De plus, caractère important, la zône ombilicale sur une assez large étendue était rouge, comme si le liquide péritonéal avait tendance à se créer une voie d'échappement : enfin la température oscillait entre 39° et 40°. Il nous semblait que ces différents symptômes étaient des preuves suffisantes de transformation purulente du liquide péritonéal, et que seule la laparotomie pouvait permettre d'évacuer le pus, de laver et de désinfecter la séreuse abdominale. Nous reconnûmes que ces signes étaient trompeurs, et l'évènement nous donna tort, car la péritonite, un moment arrêtée, reprit sa marche fatale : cependant en pareil cas nous agirions encore de même et la laparotomie est indiquée ici tout comme elle l'est dans les formes sèches ou celles accompagnées d'une ascite peu abondante, avec adhérences intestinales, car c'est alors que la ponction est un moyen aveugle.

Nous n'avons point la prétention de juger, avec deux observations, une question aussi importante que le traitement opératoire de la péritonite tuberculeuse, mais comme nous sommes de ceux qui pensent que ce n'est que par l'accumulation de faits heureux ou malheureux, d'échecs ou de succès, qu'on édifieune méthode, nous publions l'histoire de cet intéressant enfant.

(1) Schwartz. — Du traitement de la péritonite tuberculeuse par la laparotomie. — (*Rev. gén. de Clinique et de Thérapeutique*, p. 355. 1891.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

GYNÉCOLOGIE

I. **Pansements utérins au dermatol.** — A cet effet, Heinz conseille un glycéré ou une pommade.

Glycérolé au dermatol. — Il sert à imbiber les tampons vaginaux :

Dermatol	5 à 10 grammes
Glycérine neutre	50 grammes

M. et agitez avant l'emploi (usage externe).

Lanoline au dermatol. — Pour le pansement des ulcérations étendues du col utérin :

Dermatol	5 grammes
Lanoline	40 —
Vaseline	5 —

M. s. a. pour une pommade à l'usage externe.

MALADIES DES ENFANTS

II. **Traitement chlorhydro-ferreux de la diphtérie pharyngée.** — L'idée d'associer l'acide chlorhydrique au perchlorure de fer dans les topiques employés contre la diphtérie pharyngée est motivée par l'action antiseptique et neutralisante du premier de ces agents médicamenteux. C'est, du moins, le motif invoqué par Kraszewski pour modifier ainsi le traitement classique par le perchlorure de fer. (*Gazeta Lekaiska*, 1891, p. 28). Il prescrit donc :

1° *A l'intérieur* : toutes les quinze minutes, puis toutes les demi-heures et, enfin, toutes les heures, l'ingestion d'une cuillerée à café de la solution suivante :

Perchlorure de fer liquide	4 grammes
Acide chlorhydrique	1 —
Eau distillée	200 —

2° *A l'extérieur* : pulvérisations locales toutes les deux heures avec une solution plus forte :

Perchlorure de fer	8 grammes
Acide chlorhydrique	1 —
Eau distillée	30 —

De plus, gargarismes avec l'eau boriquée à 4 pour 100.

S. R.

Digitized by Google

pronostic opératoire moins grave, lorsque l'on procède par la voie vaginale.

Les salpingites non suppurées, les ovarites catarrhales ou scléro-kystiques mobiles, seront surtout enlevées par la laparatomie qui dans ces conditions donne les meilleurs résultats.

Enfin, les pelvi-péritonites cloisonnées seront plus facilement ouvertes et drainées par l'hystérectomie vaginale.

M. Terrier avait pensé, après avoir pris connaissance du mémoire de M. Second, que cette opération devait surtout être expérimentée dans les pelvi-péritonites et salpingites suppurées avec adhérences anciennes et immobilisation de l'utérus. Ces cas sont exceptionnels et il n'en a rencontré que deux dans son service depuis une année. Le premier a trait à une femme de 45 ans, malade depuis 15 ans, ayant subi tous les traitements possibles et présentant plusieurs abcès fistuleux qui avaient pour origine ce que l'on appelait autrefois le phlegmon péri-utérin ; cette femme était de plus albuminurique et morphinomane, conditions qui rendaient très aléatoire le résultat final. L'opération fut très laborieuse à cause des adhérences et de la vascularisation des tissus ; chemin faisant, la grande cavité abdominale fut ouverte. Très peu de temps après l'opération, la malade fut prise d'accidents septiques et succomba rapidement.

La seconde intervention fut pratiquée chez une femme plus jeune, atteinte depuis un ou deux ans de pelvi-péritonite avec immobilité complète de l'utérus et accès de fièvre symptomatique d'abcès internes. L'opération fut beaucoup plus facile, nécessita l'emploi de pinces moins nombreuses sur les ligaments larges. L'extirpation de l'utérus, sectionné sur la ligne médiane permit d'ouvrir une énorme poche purulente et une autre collection séro-purulente. Les annexes n'ont pu être trouvées et sont restées en place ; le péritoine n'a pas été ouvert. Résultat excellent, guérison rapide et complète.

Ces deux opérations n'ont pas modifié l'opinion de M. Terrier il pense que l'hystérectomie vaginale est une opération de nécessité et doit rester exceptionnelle, comme les cas auxquels elle s'adresse. Les statistiques trop peu nombreuses et trop récentes ne nous permettent pas encore de formuler la gravité de son pronostic.

M. Segond.— Le nombre toujours croissant des partisans de l'hystérectomie vaginale montre que cette opération peut être appliquée avec succès dans les suppurations pelviennes Dans tous les cas où les lésions sont bi-latérales, il préfère l'intervention par la voie vaginale à la laparotomie.

Les faits démontreront si le pronostic tardif de cette opération est supérieur à celui de la laparatomie. Quant à lui, sur 64 hystérectomies vaginales pour affection des annexes, il n'a eu que huit morts dans des cas analogues à ceux de M. Terrier. Ces cas graves sont ceux qui relèvent surtout de la méthode de M. Péan.

Voir constamment ce qu'il fait et assurer l'hémostase doivent être les deux préoccupations de l'opérateur ; point n'est besoin pour l'hémostase d'un grand mombre de pinces ainsi qu'on en a rapporté des exemples. Il préfère la division de l'utérus en deux valves latérales parce que cette section donne plus de garanties contre les blessures possibles du rectum et de la vessie. La seule complication qu'il ait constatée est la formation d'abcès dans la cicatrice, celle-ci est rare, il n'en a observé qu'un seul cas. H. M.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 novembre 1891

Présidence de M. le Dr Labbé

Tabes et hystérie. — M. Siredey présente un homme de 45 ans, entré en septembre dernier à l'Hôtel-Dieu, et atteint d'ataxie locomotrice confirmée depuis plusieurs mois. Il ne présente aucun antécédent névropathique personnel ou héréditaire ; il a contracté la syphilis pendant son service militaire et s'est soigné d'une manière très insuffisante. Il y a quatre ans, il a eu une fracture du fémur que l'on peut considérer comme spontanée, en l'absence de traumatisme auquel cet accident soit imputable. Le foyer de la fracture a suppuré, et il présente encore sur la cuisse des cicatrices d'abcès anciens et un cal volumineux. L'année dernière il a subi l'amputation des gros orteils pour deux maux plantaires très profonds. Depuis six mois il est atteint de douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, de crise vésicalee, d'incoordination motrice dans la marche. De plus, une abolition complète du reflexe rotulien.

Le point le plus intéressant de cette observation est le suivant : Le 10 septembre, pendant la nuit, il fut réveillé par une douleur subite dans le côté gauche de la face avec sensations d'engourdissement. Dès ce moment il constata une déviation de la bouche du côté gauche, tandis que la joue droite était flasque et inerte. A son entrée à l'hôpital, le 17 septembre. M. Siredey, voyant la commissure des lèvres attirée en dehors et à gauche, l'inertie d'une moitié de la face. l'impossibillté de siffler, etc., diagnostiqua une paralysie faciale droite.

Il ne s'agissait cependant que d'une simple apparence de paralysie. En effet, M. Babinski reconnut un hémi-spasme glosso-labié gauche dont les diverses contractures attiraient en dehors la commissure des lèvres et immobilisant le côté opposé de la face. En dehors d'une émotivité manifeste, de pleurs faciles, de tremblements, cet homme ne présentait aucun phénomène hystérique. M. Babinski proposa de le traiter par l'hypnotisation, mais le malade se réfusa vivement à être endormi. On résolut alors d'employer la suggestion, en lui faisant croire qu'il allait être guéri par un appareil à courants faradiques fonctionnant aussi mal que possible. En effet, dès les premières secousses électriques on vit disparaître les contractures de l'hémi-spasme et la face est aujourd'hui revenue à son état normal. Toutefois les phénomènes hystériques : pleurs faciles, tremblements, se sont accentués. Cette observation est un exemple intéressant de l'association du tabes et de la névrose ayant débuté tardivement chez un homme de 45 ans.

Intoxication par le sulfure de carbone. — M. Rendu rapporte l'observation d'une jeune fille de 15 ans, employée depuis plusieurs années dans une fabrique à vulcaniser le caoutchouc. Le 17 octobre dernier, elle fut amenée par sa mère à l'hôpital Necker pour une paralysie, disait celle-ci. Elle marchait difficilement, par saccades, et ne pouvait, ni ouvrir la bouche ni desserrer les dents depuis un mois. Elle n'hésitait pas à attribuer ces accidents, de même qu'un mal de tête fort tenace, à l'action des vapeurs sulfo-carbonées auxquelles elle était exposée pendant son travail. Elle se plaignait, de plus, d'une abondance insolite des règles.

C'est vers le 15 septembre que ces divers accidents avaient débuté par des maux de tête persistants, des nausées, des douleurs dans tous les membres. Bientôt se développe une contracture douloureuse des mâchoires ; néanmoins, elle va encore à son atelier, mais, le 20, elle est forcée d'interrompre son travail par l'intensité des douleurs. Pendant trois semaines, elle reste chez elle avec une contracture permanente des masséters, des muscles de la nuque, du dos, des reins, des jambes et des bras. A un certain moment, elle aurait présenté des secousses classiques, mais elle ne peut donner de détails à ce sujet. Le 17 octobre, à son entrée à l'hôpital, outre cette contracture généralisée et fort accentuée, on note de la fétidité de l'haleine, un enduit saburral épais et des érosions latérales sur la langue, des fongosités sur les gencives. La face interne des joues présente l'empreinte des dents ; mais pas d'ulcération relevant d'une stomatite ulcéro-membraneuse. Il s'agit donc d'une stomatite simple.

Digitized by Google

Le resserrement des mâchoires est presque absolu; elle peut à peine ouvrir la bouche. La contracture du frontal, des zygomatiques donne à la face, qui est pâle, un aspect étrange. Le cou est rigide, se meut d'une seule pièce. La colonne vertébrale est comme ankylosée; elle ne peut s'asseoir que difficilement, elle marche lentement, à petits pas; les membres sont raides. Les divers modes de la sensibilité sont normaux. Le reflexe plantaire est conservé; le reflexe patellaire est augmenté. On provoque de la trépidation épileptoïde lorsque l'on presse sur les pieds.

En résumé, on constate de l'irritation spinale, une tonicité exagérée des muscles, mais aucune paralysie: pas de fièvre. Les forces sont en partie conservées, quoique l'alimentation soit très difficile.

M. Rendu prescrit des badigeonnages de la bouche avec l'eau oxygénée, des gargarismes boriqués, une potion avec 4 gr. de chloral à prendre dans les 24 heures, un grand bain tous les deux jours.

L'amélioration fut assez rapide, l'ouverture de la bouche, les mouvements devinrent plus faciles; le 24 octobre, le malade pouvait marcher; toutefois, ce ne fut qu'à la fin du mois que les derniers vestiges de contracture eurent disparu.

Quoique ces divers phénomènes reproduisent bien les symptômes de l'intoxication par le sulfure de carbone décrits naguère par Delpech, ils présentent certaines difficultés d'interprétation. Tout d'abord, il est hors de doute que la stomatite soit sous la dépendance de la contracture des mâchoires. Les premiers symptômes morbides ont été ceux de l'intoxication sulfo-carbonée; l'irritation de la muqueuse buccale a été consécutive à la rigidité des masséters.

Il est certain également que les contractures diverses se sont développées sous l'influence de l'absorption des vapeurs sulfo-carbonées. Mais ne pourrait-on pas admettre que cette intoxication a été le prétexte du développement de contractures hystériques? M. Rendu ne pense pas qu'il s'agisse, dans ce cas, d'hystérie toxique. En effet, cette jeune fille ne présente aucun antécédent, aucun stigmate imputable à la névrose.

Cette contracture généralisée n'a pas l'aspect de la contracture hystérique, qui affecte d'ordinaire la forme monoplégique, hémiplégique ou paraplégique.

Il rejette donc l'intervention de l'hystérie dans ces accidents et accepte l'action directe des vapeurs sulfo-carbonées sur les centres nerveux, qui, réagissant à leur tour, ont produit l'excitation musculaire et la contracture. H. M.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 novembre 1891

Présidence de M. le Dr Tarnier

M. A. Robin lit un rapport sur le service des eaux minérales et un deuxième rapport sur les travaux des médecins des stations d'eaux minérales.

M. L. Colin lit son rapport sur le prix de l'Académie.

M. Blanche lit son rapport sur le prix Falret.

Elections. — M. Degive (de Bruxelles) est nommé membre correspondant dans la troisième division par 48 voix sur 51 votants. F. R.

INFORMATIONS

ÉTRANGER

Allemagne. — **La désinfection des wagons.** — La Société médicale de Hesse-Darmstadt vient de demander l'adoption du règlement suivant, pour le transport des malades contagieux en chemins de fer:

1° Déclaration du médecin avertissant la compagnie, et isolement dans un compartiment séparé de 3e classe;

2° A l'arrivée, ventilation du compartiment, qui, jusqu'à complète désinfection, portera un écriteau avec la mention « à désinfecter ».

Toujours aimables, ces féroces hygiénistes allemands! Ils assimilent l'espèce humaine en chemin de fer à l'espèce bovine ou ovine!

Belgique. — **Concours de la Société de médecine de Gand en 1893.** — 1re question: « Faire de nouvelles recherches sur la nature du carcinome, au point de vue de la microbiologie. »

2e question: « Etudier les causes de la fièvre puerpérale. »

3e question: « Préciser le traitement préventif de la tuberculose pulmonaire. »

4e question: Sujet librement choisi. « Mémoire sur une question de médecine, de chirurgie, d'anatomie et de physiologie. »

Les mémoires écrits en français, néerlandais ou en latin seront adressés dans les formes académiques au secrétaire M. C. Verstraeten, à Gand, avant le 31 décembre 1892.

Italie. — **Congrès international de médecine de 1893.** — Il est probable, nous écrit-on, que la réunion aura lieu en septembre, quoique le Comité d'organisation en discute encore la date. M. Baccelli a été nommé président de ce Comité, et M. Marigliano, secrétaire général. Les présidents des sections sont: MM. Antonelli (anatomie), Albini et Albertoni (physiologie), Foa et Bizzozero (pathologie), Cervello (thérapeutique); Baccelli, Murri, Bozzolo et Marigliano (clinique médicale); Bottini (chirurgie), Morisani (obstétrique), Morselli et Tamburini (médecine mentale); Secondi et Devincenzi (ophtalmologie), Campana et Barduzzi (dermatologie et syphiligraphie), Tamapia (médecine légale), Pagliani, Banalis et Belli (hygiène).

D'après les déclarations d'un membre du bureau, on nous informe que les adhésions déjà reçues sont en nombre considérable. On parle de plusieurs milliers de congressistes.

NOUVELLES MILITAIRES

FRANCE

Nominations dans le corps de santé militaire (Activité). — *Au grade de médecin principal de 1re classe.* — MM. les médecins principaux de 2e classe: Ducelliez, Vanmerris, Gentit, Laëderich.

Au grade de médecin-principal de 2e classe. — MM. les médecins-majors de 1re classe: Blaise, Zaepfell, Delorme, Boppe.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. les médecins-majors de 2e classe: Loillier, Buisson, Darde, Grandgury, Letellier.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins aide-majors de 1re classe: Bruncher, Chêne, Trilhe, Bilouet, Barreau, Bich, Murie, Fasquelle.

VARIÉTÉS

La linamarine. — Ce glucoside nouveau est extrait des plantules du lin vulgaire C'est un produit distinct de l'amygdaline et de la lamocérasine, mais donnant naissance à l'acide cyanhydrique toujours abondant dans ce végétal. Voilà une source d'empoisonnements accidentels, dont il faudra à l'occasion tenir compte.

Une analyse du lait de femme. — D'après les *Annali d*

Digitized by Google

chimica e di farmacologia, M. Wartha a analysé, en Hongrie, le lait de 25 femmes de 18 à 40 ans, et il a trouvé les chiffres suivants :

	Moyenne	Minimum	Maximum
	—	—	—
Densité.....	1,03276	1,02903	2,03638
Beurre.....	33,50	10,00	48,90
Lactose.....	70,05	3,20	75,70
Albuminoïdes.....	17,96	12,60	22,30
Cendres.....	2,01	1,40	2,80
Eau.....	876,13	862,20	971,90

Une concrétion cœcale d'origine médicamenteuse. — M. Mentin (de Varsovie) a trouvé, dans le cœcum d'une femme qui avait été atteinte d'un catarrhe intestinal chronique pendant sa vie, une concrétion volumineuse, grisâtre et facilement pulvérisable. La composition était la suivante : sous-nitrate de bismuth 85, matière organique 15 pour cent parties. Cette femme faisait usage depuis longtemps du sous-nitrate de bismuth : c'était donc un entérolithe d'origine médicamenteuse.

La bière contre le vin — Une singulière statistique! Elle vient de Munich et peut-être a-t-elle été rédigée dans l'intérêt de l'industrie nationale de la Bavière ?

Il paraît que, à Munich, la moyenne de la vie humaine est de 51,35 pour les débitants de bière, de 59,95 pour les filles de brasserie et de 92,33 pour les brasseurs. Dans les débits de vins : les hommes vivent seulement jusqu'à 41 ans et les femmes jusqu'à 47 ans. Voilà comment on écrit l'histoire de l'alcoolisme en Allemagne et pourquoi Bacchus sera, paraît-il, vaincu par Gambrinus !

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET OBSTÉTRICALE

Cholmogoroff. — Traitement du prurit vulvaire par les courants constants (*Cent. for. Gynæk*, 1891, n° 29, p. 612).

Dixon Jones. — La stérilité chez la femme ; causes et traitement (*The N.-York med. Record*, 19 sept. 1891).

Duke (A.). — De la valeur de l'ignipuncture dans le traitement de l'hypertrophie du col de l'utérus (*The Lancet*, 12 sept. 1891).

Fontana. — Note clinique sur l'ovariotomie et deux amputations utéro-ovariennes (*Il Morgagni*, juillet 1891).

Furst — Contribution à l'antisepsie intra-utérine dans l'accouchement (*Wiener klin. Woch* 1891, n° 30)

Grynfeltt. — Cas remarquable de superinvolution utérine (*Gaz. hebd. des Sciences méd. de Montpellier*, 26 sept. 1891).

Holliday-Crowm. — Diagnostic de la grossesse extra-utérine *Edimburgh med. Journal*, oct. 1891, p. 314).

Lawson-Tait. — Précautions à prendre dans une laparotomie (*The Lancet*, 14 sept. 1891).

Loin. — Occlusion partielle de la vulve par une bride continuelle à la suite des incisions postero-latérales de Dubois (*Journal de médecine de Bordeaux* 20 septembre 1891).

Mcola. — Rétention du placenta (*Giornale internat. delle Science med.*, juillet 1891).

Stæhle. — Un cas d'infusion de sang dans l'anémie aiguë post-puerpérale (*Deut med. Woch*, 1891, n° 22).

Stoff et Popoff. — Guérison spontanée d'un fibromyome utérin (*Deut. med. Woch*, 1891, n° 22, p. 720).

Thaddeus A. Reamy. — Uterus double, grossesse, avortement au troisième mois (*Amér. Journal obstétr.*, juillet 1891).

Winter. — Le diagnostic précoce du cancer de l'utérus (*Berlin. klin. Woch*, 17 août 1891).

CLINIQUE MÉDICALE

Aron. — Du ralentissement du pouls (*Berl. klin. Woch*, n° 25, 1891).

Baumm. — Des aphtes de Bednar chez les nouveau-nés (*Berl. klin. Woch*, 24 août 1891).

Ducamp. — Déplacement du cœur à droite dans la pleurésie droite (*Montpellier méd.*, 16 sept. 1891).

Dudley P. Allen. — Le drainage dans la chirurgie abdominale (*The N.-Y. Med. Record*, 5 sept. 1891).

Ferguson (J.). — Epilepsie procursive (*The N.-Y. Med. Journal*, 5 sept. 1891).

Gissler (J.). — Cathétérisme rétrograde dans le rétrécissement œsophagien (*Beitrage Z. klin. Chir.* 1891, XVIII).

Groedel. — Sur l'étiologie et le traitement de la chorée (*Wien. med. Woch* 1891, n° 16 et 17).

Guiard. — Le diagnostic des tumeurs de la vessie (*Arch. gén. de méd.*, sept. 1891).

Klemperer (G. et F.). — De l'immunité et du traitement de la pneumonie (*Berl. Klin. Woch*, 21 et 31 août 1891).

Orthmann. — Catarrhe intestinal et balantidium coli (*Berl. Klin. Woch*, 17 août 1891).

Prouff. — Faits de maladie de Morvan (*Gaz. hebd. de Méd*, 19 sept. 1891).

Ragoneau. — Traitement de la laryngite chronique (*Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, 15 sept. 1891).

Salomonsohn. — De la polio-encéphalite aiguë supérieure (*Deut. med. Woch*, 2 juillet 1891).

Satterthwalte. — Carcinome et sarcome du poumon (*The N.-Y. Med. Record*, 5 sept. 1891).

Smaksowsky. — Le calomel dans le traitement de la pneumonie fibrineuse (*Medicina*, 28 août 1891).

Vanderstraeten. — Des affections oculaires d'origine blennorrhagique (*Arch. méd. belge*, juillet 1891).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Bachmdier. — La pyoctanine dans le traitement du cancer (*Wien. med. Press.*, 6 sept. 1891).

Bennett. — De la cure radicale des hernies dans son rapport avec les méthodes opératoires (*The Lancet*, 12 sept. 1891).

Dubrueil — Fracture du maxillaire inférieur (*Gaz. hebd. des Sciences méd. de Montpellier*, 12 sept. 1891).

Eigenbrodt. — Cure radicale de l'hypertrophie prostatique (*Beitrage z. klin. Chir.* 1891, hef. XVIII).

Guyon. — Rétentions rénales (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, sept. 1891).

Hutton. — Un cas de guérison de l'anthrax par l'excision et les irrigations mercurielles (*The Lancet*, 19 sept. 1891, p. 658).

Mandry. — La tuberculose mammaire (*Cent. f. klin. Chir.*, 1891, VIII).

Mansell Moulin. — Guérison radicale des rétrécissements par l'uréthrotomie externe (*The Lancet*, 19 sept. 1891, p. 652).

Malakowsky. — Du kyste à échinocoque de l'épiploon (*Arch. f. klin. Chir.* 1891, t. XLII, p. 380).

Milligan (W.). — Des suppurations chroniques de l'oreille moyenne (*The med. Chronicle*, sept. 1891).

Pfeiffer. — De l'intubation du larynx (*Wien klin. Woch*, 6 août 1891).

Roger Williams. — Remarques sur la pathogénie du cancer au point de vue de la théorie microbienne (*The Lancet*, 12 sept. 1891).

Stepanoff. — Traitement des brûlures par la chaleur (*Bull. de Thérap.*, 15 sept. 1891)

Sydney Stephenson. — Traitement des granulations palpébrales par le perchlorure de mercure (*The Lancet*, 12 sept. 1891).

Thornburn. — Deux cas de réduction en masse traitée par la laparotomie (*The med. Chronicle*, sept. 1891).

Le rédacteur en chef, co-gérant : C. Eloy.

PARIS.—IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE — N° 47 — 19 NOVEMBRE 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, BÉCLÈRE, BROCQ, DEMELIN, DU CASTEL, GINGEOT, Charles MAURIAC, PICQUÉ Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

AVIS. — Nos abonnés nouveaux pour l'année 1892 recevront gratuitement le journal jusqu'au 1er janvier prochain.

REVUE DE MÉDECINE

MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE

I *Maladies du cœur et névroses.* — II. *L'estomac cardiaque.* — III. *La toxicité urinaire chez les cardiaques* — IV. *L'artériosclérose et les sclérosés vasculaires dans l'armée.* — V. *L'insuffisance des valvules de l'artère pulmonaire.*

I. **Maladies du cœur et névroses.** — Un de mes élèves, M. Huc, dans sa thèse inaugurale (Paris, 1891), vient d'étudier l'association clinique des névroses et des diverses cardiopathies. Or, les névroses et les cardiopathies peuvent coexister chez le même individu sans exercer aucune influence l'une sur l'autre. Cependant il existe des cas de névroses sur l'apparition et le développement desquelles les cardiopathies peuvent exercer une influence réelle. Comme exemple, on peut citer certains faits d'hystérie et d'épilepsie dont les manifestations convulsives sont en relations avec les troubles circulatoires des maladies du cœur. D'un autre côté, il faut avoir soin de distinguer l'épilepsie vraie associée à une cardiopathie des mouvements épileptiformes, de la pseudo-épilepsie due (principalement dans les cardiopathies artérielles) à l'altération concomitante du système artériel cérébral.

Mais, le fait clinique le plus intéressant est celui-ci : L'association d'une névrose avec une cardiopathie peut donner les apparences d'un pronostic grave. A ce sujet, M. Huc rapporte l'histoire de plusieurs malades atteints de rétrécissement mitral, et chez lesquels l'apparition de syncopes, de palpitations extrêmement violentes avec dyspnée, de phénomènes angineux, pouvait, à un examen incomplet, assombrir considérablement le pronostic et faire croire à une aggravation de la cardiopathie. Or, celle-ci était restée stationnaire, il n'y avait aucun signe de rupture de compensation ou d'hyposystolie, et tous ces accidents, graves en apparence, devaient être rattachés, — comme j'ai pu le démontrer dans mon service, — à l'hystérie dont ces malades étaient en même temps atteints. Comme on le voit, cette question de l'association des névroses aux cardiopathies a une certaine importance clinique, et l'*hystérie cardiaque*, qui peut se développer chez les cardiopathes, peut donner à la maladie organique une apparence de gravité qu'elle n'a pas. Voilà un fait très important pour la pratique médicale.

II. **L'estomac cardiaque.** — Il y a un foie cardiaque, un rein cardiaque, il y a aussi un *estomac cardiaque*, ce qui veut dire que les affections du cœur peuvent retentir sur l'estomac comme elles retentissent sur le foie et sur le rein. Déjà cette question avait été étudiée, en 1886, par M. Muller dans son intéressante thèse inaugurale sur « la dyspepsie cardiaque ». M. Hautecœur (thèse de Paris, 1891) vient de reprendre l'étude de cette question intéressante, et de passer en revue « les troubles et lésions de l'estomac chez les cardiaques ». Il démontre que les troubles gastriques sont fréquents dans les maladies du cœur, aussi bien dans les affections aortiques que dans les affections mitrales. La nature des crises gastriques, souvent si violentes, associées à des lésions aortiques, n'est pas encore bien connue. Cependant, il est probable qu'elles sont dues à un état d'hyperchlorhydrie qu'il faudrait combattre par l'emploi des alcalins à haute dose. En tous cas cette question doit être envisagée sous ces trois aspects différents :

1° Au point de vue du *chimisme* stomacal, la diminution de l'acide chlorhydrique constitue le phénomène le plus habituel de la dyspepsie cardiaque, surtout dans les affections mitrales.

2° Au point de vue *clinique*, ces troubles digestifs sont caractérisés par l'anorexie, la lenteur des digestions, surtout pour la viande; par la distension gazeuse de l'estomac après les repas. Les vomissements, assez rares, sont presques toujours alimentaires, et les hématémèses, malgré les troubles circulatoires, sont un fait exceptionnel.

3° Au point de vue *anatomique*, les lésions prédominantes sont constituées surtout par la congestion (ecchymoses, dilatations capillaires, plus rarement érosions hémorrhagiques de la muqueuse stomacale).

Les conséquences thérapeutiques sont les suivantes : Comme la plupart des cardiaques sont hypochlorhydriques, d'après Hüffler, il est indiqué souvent de leur prescrire de l'acide chlorhydrique aux repas, surtout lorsque la digitale est mal supportée et détermine facilement des nausées ou des vomissements. Il m'a été possible de voir aussi des malades qui ne toléraient bien la digitale qu'à la condition d'avoir été soumis auparavant à la médication par HCl. Comme la viande est ordinairement mal supportée par les cardiopathes, il y a lieu de leur prescrire une alimentation composée surtout de laitage.

III. **La toxicité urinaire chez les cardiaques.** — M. Ducamp vient de publier, sur ce sujet, des recherches intéressantes (*Montpellier médical*, 1er octobre 1891), et de démontrer les propositions suivantes :

1° La toxicité urinaire reste normale dans les lésions cardiaques qui ne s'accompagnent ni d'une grosse hypertrophie du cœur, ni de troubles de la circulation périphérique ; mais si, dans ces mêmes conditions, le régime lacté est substitué au régime ordinaire, la toxicité peut diminuer d'un tiers ;

2° Dans l'asystolie, la toxicité urinaire s'abaisse considérablement, et n'arrive plus qu'à la moitié de la normale, le myosis n'apparait alors que tardivement, et il n'y a pas d'effet diurétique ;

3° Dans l'hypertrophie du cœur, la toxicité urinaire est

Digitized by Google

élevée, atteint et dépasse même le double de la toxicité normale.

Ces résultats sont certainement intéressants à connaître, mais ils sont incomplets. Car, il ne faut pas seulement étudier la toxicité urinaire chez les cardiopathes aux diverses périodes de l'évolution de leur maladie, comme l'a fait M. Ducamp, il faut l'étudier encore et surtout en la comparant dans les cardiopathies valvulaires et les cardiopathies artérielles. Or, c'est dans ces dernières maladies surtout que la toxicité urinaire est abaissée, et il y a plusieurs années que j'insiste sur l'*origine toxique* de certains accidents, tels que la dyspnée, certains délires et vertiges qu'on avait eu jusqu'alors le tort d'attribuer à des troubles circulatoires, tandis qu'ils sont dus réellement à un état plus ou moins accusé d'imperméabilité rénale, d'après cette loi clinique :

L'insuffisance rénale est un symptôme PRÉCOCE *et presque* CONSTANT *des cardiopathies artérielles, même en l'absence d'albuminurie.*

La conséquence thérapeutique de cette loi clinique est celle-ci : Il faut combattre ces accidents *toxiques* (dyspnée, vertiges, délire), non par la digitale qui peut augmenter les accidents en substituant un empoisonnement à un autre, mais par le régime lacté, seul capable d'assurer la diurèse, de vaincre l'insuffisance rénale, et d'introduire dans l'organisme le minimum des toxines alimentaires.

Depuis plus d'un an, mon interne M. Tournier, qui doit faire le sujet de sa thèse inaugurale sur la *dyspnée cardiaque*, étudie cette toxicité urinaire dans les diverses cardiopathies, et ses expériences ont démontré pour certaines dyspnées cette origine toxique que la clinique m'avait depuis longtemps révélée.

IV. **L'artério-sclérose et les scléroses vasculaires dans l'armée** — Après avoir résumé dans une étude intéressante tous les travaux parus dans ces dernières années sur l'artério-sclérose et les cardiopathies artérielles, (*Arch. de méd. et de pharm. militaires*, juillet et septembre 1891), M. Blanc insiste sur les causes de la fréquence de ces maladies dans l'armée. Pour l'officier, goutte léguée par la famille et favorisée par l'alimentation carnée excessive, fréquence du rhumatisme, de la syphilis à laquelle le célibat l'expose, excès de tabagisme, surmenage, fréquence des maladies infectieuses ; chez le soldat, maladies infectieuses (scarlatine, grippe, fièvre typhoïde, etc.). Enfin, M. Blanc discute cette question si controversée du surmenage cardiaque, du cœur forcé chez les soldats, et admet avec raison que ces troubles circulatoires, parfois si graves, s'observent surtout chez les hommes déjà en puissance ou au début d'une artério-sclérose qui avait été méconnue jusqu'alors et que l'on peut dépister maintenant, grâce aux travaux récents qui en ont révélé la symptomatologie à son début.

V. **L'insuffisance des valvules de l'artère pulmonaire.** — M Barié, en réunissant dans un mémoire très consciencieux (*Arch. de méd*, juin, juillet, août 1891) 58 observations d'insuffisance pulmonaire éparses dans la science, expose l'histoire clinique de cette rare affection.

Elle est assez souvent congénitale, parfois de cause rhumatismale, plus rarement d'origine puerpérale. Deux fois, on l'a vue succéder à la scarlatine et à la rougeole. Enfin, il existe des cas où le processus athéromateux a joué un rôle pathogénique évident. Ajoutons, pour être complet, que cette maladie a été observée aux deux extrémités de la vie, et à peu près également dans les deux sexes.

Parmi les signes *physiques*, le plus important consiste dans l'existence du *bruit de souffle diastolique* dont le maximum s'entend dans le deuxième espace intercostal, le long du bord gauche du sternum. Stokes avait déjà fait la remarque que « ce bruit est semblable de tous points à celui qu'on rencontre dans les cas ordinaires d'insuffisance aortique ». Il est semblable par son siège à la base du cœur, et même souvent par son timbre ; mais il en diffère par les caractères suivants :

Dans *l'insuffisance aortique*, le souffle a son maximum d'intensité au deuxième espace intercostal droit, le cœur est volumineux, la dilatation et l'hypertrophie portent sur les cavités gauches, le pouls est bondissant. Dans *l'insuffisance pulmonaire*, le souffle est à gauche du sternum, l'hypertrophie à droite, le pouls ne présente aucun caractère spécial ; enfin on n'observe ni le double souffle crural, ni le pouls capillaire visible, ni les battements artériels du cou, ni aucun de ces troubles fonctionnels si habituels dans l'insuffisance aortique, tels que : vertiges, pseudo-gastralgie, pâleur des téguments, angine de poitrine, etc.

Parmi les troubles fonctionnels de l'insuffisance des valvules pulmonaires, il faut citer, en première ligne, la *dyspnée*, qui manque rarement et qui est caractérisée par une oppression constante et sans répit. Elle est due, ainsi que la *toux*, à une gêne profonde de la petite circulation, laquelle peut se traduire par des *hémoptysies*, la *congestion* et l'*œdème pulmonaires*, etc. Plus tard, lorsque vient l'affaiblissement du cœur, la symptomatologie spéciale de l'affection s'efface pour rentrer dans le tableau clinique général des cardiopathies chroniques, et c'est ainsi qu'on voit survenir l'œdème des extrémités, les signes du foie cardiaque, la congestion rénale avec albuminurie, le purpura, etc.

Tels sont les symptômes de cette maladie, car on peut laisser de côté deux autres signes très infidèles signalés par quelques observateurs : un *mouvement d'expansion* du deuxième et troisième espace intercostal du côté gauche, et, à ce niveau, un *frémissement vibratoire* ou thrill diastolique.

Sauf les cas très rares où la maladie affecte la marche habituelle de l'endocardite infectieuse, l'insuffisance des valvules pulmonaires présente une évolution lente et chronique. Cependant, les malades peuvent être enlevés par une affection aiguë ou subaiguë des voies respiratoires, par une tuberculose progressive (aussi rare dans cette maladie qu'elle est relativement fréquente dans le rétrécissement de l'artère pulmonaire), enfin par une embolie pulmonaire (Hischmann).

En résumé, le pronostic est grave, surtout lorsqu'un rétrécissement orificiel se joint à l'insuffisance.

Le diagnostic doit se faire avec l'insuffisance aortique, l'anévrysme de la crosse, la péricardite sèche, les bruits extra-cardiaques. Nous avons donné les caractères différentiels du souffle diastolique symptomatique des insuffisance pulmonaires et aortiques. Mais, il ne faut pas croire cependant que le siège d'un souffle diastolique à gauche du sternum soit un caractère suffisant pour admettre une insuffisance pulmonaire. Dans certains cas, en effet, le souffle de l'insuffisance aortique siège à gauche du sternum, et l'on s'appuiera, pour établir le diagnostic (comme j'ai pu le faire sur un malade observé à l'hôpital Bichat), sur les caractères du pouls bondissant, sur l'existence du souffle crural, des battements artériels du cou, de l'hypertrophie du ventricule gauche, etc. Voilà donc une cause d'erreur (la translation *à gauche* du sternum du souffle de l'insuffisance aortique) sur laquelle

Digitized by Google

n'ont pas assez insisté ceux qui ont écrit sur l'insuffisance des valvules pulmonaires.

On le voit, si le diagnostic de l'insuffisance des valvules pulmonaires présente quelques difficultés, il n'est pas impossible, et j'ai pu l'établir d'une façon très nette dans un cas inédit que j'ai observé. De son côté, M. Barié cite, avec les siennes, quelques observations où la maladie a dû être reconnue. Le diagnostic devient surtout difficile et presque impossible si à l'insuffisance pulmonaire se joint une insuffisance aortique, comme il en existe quelquefois dans la science. Dans ces cas, on méconnaît la première affection et on diagnostique seulement la seconde. Mais, hormis ces cas exceptionnels, le diagnostic de l'insuffisance pulmonaire est possible, même facile, et en cela je diffère un peu d'opinion avec mon collègue M. Barié, et l'histoire résumée qui vient d'en être faite permettra dorénavant à plus d'un praticien de ne pas passer à côté d'elle sans la reconnaître. Il faut y songer pour la découvrir ; c'est là le secret de certains diagnostics, extrordinaires en apparence, et qui ne résultent le plus souvent que d'une connaissance approfondie de la pathologie.

HENRI HUCHARD.

ENSEIGNEMENT CLINIQUE DES HOPITAUX

I. Hôpital Necker. — M. le Dr RENDU : *Diagnostic de la paralysie motrice d'origine centrale.* — **II. Hôpital Bichat.** M. le Dr HUCHARD : *Valeur diagnostique des pulsations artérielles épigastriques et des battements veineux du cou : erreurs de diagnostic.* — **III. Hôtel Dieu.** M. le Dr PANAS : *Traitement de la cataracte supra-mûre.*

I. Diagnostic de la paralysie motrice d'origine centrale. — Il est nécessaire souvent pour établir le diagnostic d'une paralysie des extrémités, d'examiner minutieusement tous les symptômes et de les différencier avec soin. Le malade dont parle M. Rendu en est un exemple, et, comme on le verra, l'évolution de la maladie a justifié un diagnostic qui pouvait paraître difficile.

On constatait chez ce malade une paralysie nette de l'extenseur commun des doigts de la main droite ainsi que des radiaux, les extenseurs propres du pouce et del index n'étant que parésiés. En recherchant les altérations de la nutrition, de la sensibilité, et de la motricité, on ne trouvait ni atrophie, ni troubles sensitifs, ni troubles trophiques, ni contracture, ni *glossyskin* ni altération de la contractilité faradique.

Tous ces symptômes, on le voit, sont ceux de la paralysie radiale *a frigore*. Mais outre qu'il n'y avait eu ni froid ni traumatisme, la maladie avait évolué lentement (7 mois), progressivement, tandis que la paralysie radiale *a frigore* s'établit en quelques heures, et que toujours, par la suite, on voit le malade guérir en quinze jours ou empirer et présenter des troubles trophiques.

Il n'y avait non plus aucun signe d'intoxication saturnine.

On pouvait dès lors penser à une névrite radiculaire du plexus brachial. Toutefois le plexus brachial émanant d'une série de noyaux centraux gris, dépendant les uns des autres, les paralysies de la névrite radiculaire affectent certains groupes de muscles (triceps, sus et sous-épineux, pectoraux et extenseurs, — ou bien deltoïde, biceps, brachial antérieur et long supinateur). De plus, le début est brusque et s'accompagne de douleurs lancinantes. Le nerf est touché dans ses fonctions sensitives avant de l'être dans ses fonctions motrices.

On éliminait de même le diagnostic de paralysie hystérique, la plus fréquente des monoplégies qui évoluent lentement; son début est différent et sa formule : Paralysie motrice légère ; paralysie sensitive accusée. De plus chez ces malades on doit toujours retrouver les stigmates hystériques.

Restait l'hypothèse de paralysie d'origine centrale, laquelle ne s'accompagne jamais d'anesthésie, puisque la zone motrice seule est touchée. L'événement justifie le diagnostic.

Trois semaines après l'entrée du malade à l'hôpital, survinrent des douleurs fulgurantes dans le cou-de-pied droit, rapides et périodiques, évidemment d'origine centrale : quelques jours après le malade était trouvé avec une hémiplégie faciale et une aphasie complète.

Comme on ne constatait ni arterio-sclérose ni affaiblissement intellectuel on ne pouvait penser à un ramollissement cérébral. L'hémorrhagie est rarement corticale d'emblée. La pachyméningite ne se voit que chez les vieillards, les aliénés, et les alcooliques. L'hypothèse la plus vraisemblable était donc celle d'une tumeur, et comme on en devait encore écarter l'origine syphilitique ou tuberculeuse, c'est à l'idée d'un gliôme cortical, la plus fréquente des tumeurs de ce genre, qu'il faut s'arrêter.

On voit qu'il ne suffit pas seulement de diagnostiquer la paralysie radiale, il faut encore en étudier l'origine et la nature pour en établir le pronostic et le traitement. Dans le cas présent on peut discuter l'indication d'une intervention chirurgicale.

II. — Valeur diagnostique des pulsations artérielles épigastriques et des battements veineux du cou. Erreurs de diagnostic. — Un malade d'une quarantaine d'années entre dans le service de M. Huchard avec le diagnostic suivant : *Anévrysme de l'aorte abdominale* et *insuffisance tricuspidienne*. Or, le malade n'avait ni l'une ni l'autre de ces deux affections.

Ce qui avait pu faire croire à l'anévrysme, c'était l'existence de battements aortiques abdominaux très accentués. Or, par la pression profonde de l'abdomen on ne constatait aucune augmentation de volume de l'aorte ; par l'auscultation aucun souffle anormal. Mais ce sont là des signes négatifs insuffisants encore pour rejeter le diagnostic d'une ectasie aortique. Il s'agissait dans ce cas de palpitations dites idiopathiques de l'aorte, lesquelles surviennent souvent chez les dyspeptiques et les nerveux.

Le malade est en effet un ancien dyspeptique, et son examen complet a permis de constater des stigmates hystériques indéniables : hémianesthésie droite, plaques d'analgésie à gauche, insensibilité pharyngée, etc. Ce qui a encore confirmé le diagnostic, c'est la presque disparition de ces battements épigastriques, quelques jours après l'entrée du malade à l'hôpital.

Ce qui avait pu faire croire à une insuffisance tricuspidienne, c'était l'existence d'oscillations très prononcées dans les veines jugulaires du cou et de souffles continus, avec renforcement dans ces mêmes vaisseaux. On sait que Parrot se contentait de ces signes pour admettre une insuffisance de valvules de la veine jugulaire ou de l'orifice tricuspidien. On sait encore que pour Laennec, ces oscillations et souffles jugulaires étaient le résultat d'un spasme vasculaire, et que, d'après certains auteurs, ils peuvent être les signes d'une anémie plus ou moins accusée. Or il n'en est rien chez cet homme ; il n'a ni insuffisance tricuspide, ni anémie. Il faut savoir que ces oscillations et ces souffles des jugulaires peuvent exister à l'état normal chez certains individus, par suite de dispositions anatomiques spéciales. Ces oscillations visibles

Digitized by Google

de la région cervicale consistent, comme Potain (1) l'a démontré, en une série de soulèvements et d'affaissements se reproduisant, comme chez le malade en question, avec une parfaite régularité : d'abord un soulèvement lent, puis deux petits soulèvements brusques, enfin, deux affaissements profonds. Le premier des deux soulèvements brusques est présystolique, dû à la contraction de l'oreillette, le second est systolique, dû à la contraction du ventricule ; le premier affaissement apparaît dans le petit silence, le second immédiatement après le second bruit du cœur, au moment de la diastole ventriculaire ; enfin le soulèvement lent se place dans le milieu du grand silence, c'est-à-dire pendant le repos cardiaque.

Il s'agissait encore chez ce malade de distinguer ces battements veineux avec les battements artériels du cou, de même nature que les pulsations épigastriques. Or, les battements artériels sont limités sur le trajet des carotides, très sensibles aux doigts, et rythmés comme ceux du cœur. Il n'en est pas de même des battements des jugulaires qui sont vagues et diffus, avec un rythme différent de celui des pulsations artérielles, comme on vient de le voir, à peine sensibles aux doigts, et faciles à faire disparaître par une pression légère exercée à la partie inférieure du cou. Ce qui démontrait encore que ces oscillations et ce souffle des jugulaires ne pouvaient être attribués à une insuffisance tricuspidienne, c'est la possibilité de les augmenter par l'élévation du bras, par la station horizontale, c'est encore l'absence de souffle au niveau de l'orifice auriculo-ventriculaire droit.

Au moment de l'entrée du malade on avait bien constaté l'existence d'un souffle cardiaque, mais celui-ci était entendu à la partie moyenne de la région précodriale, un peu au dessous de l'orifice pulmonaire : il avait tous les caractères d'un souffle extra-cardiaque, ce qui a été amplement démontré par sa disparition complète dès le surlendemain.

Ainsi donc, ce diagnostic fort complexe et négatif est important; il démontre que ce malade n'a ni anévrysme aortique, ni anémie, ni insuffisance tricuspidienne. Il s'agit simplement d'un dyspeptique névropathe. Par conséquent, l'iodure de potassium prescrit contre le prétendu anévrysme, les préparations ferrugineuses contre l'état anémique, et la digitale contre l'affection cardiaque, à laquelle on croyait à tort, ne trouvent pas ici leur application. Le repos, un peu de suggestion, l'hydrothérapie doivent être la base du traitement.

III. **Traitement de la cataracte supra-mûre.** — Cette question de la maturité des cataractes a préoccupé les ophtalmologistes depuis le XVIIIe siècle. Les auteurs considéraient alors une cataracte comme supra-mûre quand toutes les couches étaient opacifiées, ce qu'ils reconnaissaient « quand l'ombre que projette l'iris avait disparu. » Cette ombre, en réalité, est produite par les couches cristalliniennes non encore opacifiées par la cataracte.

L'immaturité de la cataracte, pour M. Panas, consiste, au point de vue anatomo-pathologique, dans la non-opacification des couches supérieures et antérieures du cristallin.

Il y a deux processus d'opacification : l'un aboutissant à la cataracte dure, l'autre à la cataracte molle. Le premier est le résultat d'un état physiologique : le cristallin, qui est un épithelium, subit la dégénérescence sénile. Tout autour du noyau ainsi sclérosé, les couches périnucléaires s'altèrent et prennent une couleur grisâtre, puis le processus finit par gagner les couches sous-cristalloïdiennes. La cataracte n'est presque jamais capsulaire. Seul l'épithélium hexagonal sous-capsulaire peut être atteint. La maturité ne commence donc que quand le processus a gagné toutes les couches de la cristalloïde antérieure. En effet, comme on extrait le cristallin en laissant la capsule, si la cataracte n'était pas mûre, on laisserait des fibres adhérentes à la capsule, qui, déjà en voie de s'opacifier, amèneraient une cataracte secondaire au bout de quelques jours. La maturité peut donc se définir : le détachement spontané des fibres cristalliniennes de leurs adhérences antérieures.

Dans la cataracte supra-mûre, le cristallin est devenu une véritable poche kystique qu'il suffit de piquer pour qu'elle se vide. Mais à une période plus avancée, la cataracte peut avoir contracté des adhérences avec l'iris; il peut se faire aussi que la zonule soit rompue ou facile à rompre, ce qui amènerait une luxation du cristallin en même temps qu'une cataracte. Au premier coup de couteau, dans ce cas, l'humeur vitrée s'échappera.

On voit donc l'importance du diagnostic, l'intervention variant suivant les cas.

En cas d'adhérences de l'iris on doit pratiquer l'iridectomie. S'il y a luxation du cristallin, on doit faire une sphincterectomie, et extraire le cristallin dans sa totalité avec la cuiller de Graëfe. L'opération doit être faite sous le chloroforme, de façon à ce que le malade ne puisse remuer, ce qui ferait écouler de l'humeur vitrée.

Cette technique, personnelle à M. Panas, n'occasionne pas de réaction et donne de remarquables résultats.

P. Chevillot.

(1) Potain : *Bouillet Méd. des hôpitaux* 1887.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE

Des bromures contre les vomissements incoercibles de la grossesse, par M. Cohnstein. — Les meilleurs résultats de ce traitement ont été obtenus dans les premiers mois de la grossesse (*Central f. Gynæk*, 5 sept. 1891).

Toutefois, M. Cohnstein n'est point d'avis de continuer l'administration du médicament quand il ne réussit pas dès les premières doses. Au reste, il établit une distinction clinique et justifiée entre les vomissements des femmes enceintes de nature hystérique avec ceux qui sont le résultat de troubles gastro-intestinaux. C'est ainsi, dit-il, qu'en l'absence d'état suburral de la langue, on peut hésiter entre des vomissements hystériques et des vomissements dus à la grossesse. Les bromures agissent certainement avec une plus grande fidélité contre les premiers que contre ceux qui dépendent d'altérations gastro-intestinales. Voilà ce qu'il faut retenir pour établir le pronostic et formuler un traitement rationnel.

S. N.

MÉDECINE

La micro-spectroscopie du sang, par M. A. Hénocque. — L'analyse simultanée des tissus et des humeurs à l'aide du microscope et du spectroscope donne des résultats considérables dans l'étude du sang. M. Hénocque peut en revendiquer sa bonne part, ce que modestement il ne dit point dans cet intéressant travail et ce qu'il convient de rappeler ici.

A l'aide des ingénieux appareils dont il est l'inventeur, notre savant confrère le démontre une fois de plus (*Arch. de physiologie normale et pathologique*, juillet 1891, n° 3).

Voici ses conclusions :

1. Le sang, examiné sous des épaisseurs variables, présente trois modes de disposition et de tassement globulaire correspon-

Digitized by Google

dant à des phénomènes spectroscopiques différents : (en couches simples) : point de réaction de l'oxyhémoglobine ; — (en piles de monnaie) : apparition de deux bandes caractéristiques ; — agglutinés en amas, phénomènes des bandes caractéristiques. Vue de plat, l'hématie n'offre donc pas une épaisseur suffisante pour démontrer la matière colorante. Au contraire, disposées en piles, les hématies forment une couche suffisante.

2. Ces phénomènes hématoscopiques varient donc avec la forme des globules autant qu'avec la richesse du sang en oxyhémoglobine. Ajoutons que ces faits sont aisément contrôlables par l'emploi de l'hématoscope micrométrique. S. R.

Souffle cardiaque dans la chlorose, par M. A.-G. Barrs. — Sur 205 cas de chlorose simple, M. Barrs a trouvé, dans 115 cas, des bruits cardiaques ; dans les 90 autres cas, il n'y en avait pas.

La prédominance des bruits de la base se manifeste par 102 cas sur les 115 totaux : 56 fois, bruit systolique à la base ; 24 fois, même bruit à la base et à la pointe ; 22 fois, même bruit à la base, à la pointe et dans le dos (*Amer. Journal of the méd. Sciences*, octobre 1891).

Par contre, 13 fois bruit systolique perceptible à la pointe.

Sans vouloir remettre en discussion la pathogénie des bruits systoliques de la pointe dans la chlorose, l'auteur constate, ainsi que l'ont fait remarquer quelques médecins tant américains qu'anglais, que le diagnostic objectif de ce bruit systolique à la pointe, propagé dans l'aisselle et perceptible dans le dos, avec celui de l'insuffisance mitrale, présente les plus grandes difficultés ; même timbre, même coexistence du renforcement du second bruit de l'artère pulmonaire.

Il est vrai qu'à côté de l'origine liquidienne s'érige la théorie de l'insuffisance mitrale fonctionnelle. Broadbent, dans son livre « The Pulse » nous dit : « l'existence de la dilatation du ventricule gauche et de la régurgitation mitrale est un effet commun de l'anémie. »

Ce souffle systolique apiculaire disparaît d'ordinaire quelque temps après l'administration des préparations ferrugineuses, par suite de l'amélioration de l'anémie. Cette constatation plaide donc complètement en faveur de l'origine non organique de l'insuffisance mitrale.

Parfois, cependant, la lésion orificielle semble devenir organique, et c'est ce point sur lequel G. Barrs veut attirer spécialement l'attention. Dans deux observations qui sont à la fin de son travail, on voit, malgré l'amélioration très marquée des malades et après sept et neuf mois, la persistance du souffle systolique de la pointe, propagée à l'aisselle gauche, perceptible à l'angle inférieur de l'omoplate gauche, et du renforcement du deuxième bruit de l'artère pulmonaire. H. G.

Raccourcissement relatif de la diastole dans l'insuffisance aortique par M. Fr. Kraus. — Sur des tracés sphygmographiques, l'auteur inscrit simultanément, à l'aide du sphygmochronographe de A. Jacquet, le tracé du pouls et les divisions en centièmes de seconde. La lecture des deux courbes montre qu'à l'état normal l'accélération des battements cardiaques qui diminue d'une façon absolue la durée de la diastole, la raccourcit d'une manière encore plus notable et d'une façon relative dans l'insuffisance relative. (*Wiener Klin. Woch*, 1891, p. 42).

Ce signe serait à ajouter à ceux de cette lésion d'orifice. Les assertions du Dr Krauss se vérifient sur les traces cardiographiques ou sphygmographiques ; même sans inscription du temps, il suffit de mesurer la longueur des différentes lignes ; on fera des comparaisons par fractions de millimètres au lieu de les faire par fractions de secondes et on aura l'avantage d'un dispositif instrumental moins compliqué.

H. G.

TOXICOLOGIE

Empoisonnement cocaïnique par M. Trzebircky. — Il s'agissait d'un enfant de deux ans auquel on avait injecté cinq centigrammes de cocaïne dans le but de pratiquer l'anesthésie et en vue d'une herniotomie. (*Vien. méd. Work* 1891, *p.* 38).

L'opération était achevée depuis une heure quand l'enfant accusa de l'agitation, des convulsions et de la pâleur du visage, de la dyspnée et de la petitesse du pouls. Ces accidents durèrent huit heures malgré l'administration des excitants comme l'éther. Après ce délai, ils s'amoindrirent mais leur disparition complète demanda deux jours.

M. Trzebircki accuse la cocaïne, soit. Est-elle la seule coupable et ne doit-on pas aussi faire intervenir le choc opératoire dans l'étiologie de ces accidents ? S. R.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Du traitement de la syphilis par les injections de salicylate de mercure par M. Eich. L'auteur l'a employé dans 375 cas au moyen de la préparation suivante :

Salicylate de mercure.....	1 partie
Paraffine liquide.....	9 —

Les injections doivent se pratiquer dans la masse musculaire des fesses, à raison de un centigramme de sel mercuriel et de deux injections hebdomadaires. (*Therapeut. Monat. Août* 1891).

Dans une série de 2049 injections, il note une fois seulement un abcès. La stomatite, quand elle se montrait, était transitoire. La durée moyenne du traitement fut vingt-sept jours, son action spécifique rapide, mais son efficacité passagère dans 34 cas sur cent. On dut alors remplacer cette médication par des traitements classiques. L'auteur attribue la rapidité de l'action thérapeutique et sa courte durée, à l'absorption rapide du médicament. S. R.

Des injections sous-cutanées de sel marin contre l'anémie post-hémorrhagique, par M. G. Abate-Daga. — Quatre fois l'auteur en a fait une heureuse application. Il a employé la méthode suivante : (*Gaz méd. di Torino*. 1891, *f.* 28.)

L'instrument consistait en un tube de gomme de deux millimètres, terminé par une aiguille et monté sur une seringue de cinquante centimètres cubes de capacité. Le volume de liquide injecté variait entre deux et trois cents centimètres cubes d'eau salée à 6 ou 7 pour cent et on répétait cette opération toutes les deux ou trois heures.

Tout récemment Liechtenstein (*Summeling. Klin. Vort* 1891, *p* 25), Thomson (*Deut méd. Woch*, 1891, 19), Stochle (*Eodem loco*, *p.* 22) et Franck (*Prager Méd. Wock* 1891, 51) ont obtenu des résultats équivalents

S. R.

Traitement de la gangrène pulmonaire par les injections antiseptiques par M. Heiwelke. — Il a été employé dans cinq cas dont deux guérirent dans l'espace de trois et de six semaines. (*Deut. méd. Woch*, 1891, *p.* 40).

Le liquide à injecter était le suivant :

Menthol.....	2 grammes
Essence d'eucalyptus	3 —
Eau distillée.....	100 —

On employait une seringue d'une capacité de 2 cent. cubes 5 et munie d'une aiguille de 5 à 7 centimètres, chaque injection mesurait de 10 à 12 centimètres cubes et était suivie d'un accès de toux et d'une abondante expectoration sanguinolente. M. Heivelke attribue l'efficacité de cette médication à sa puissance antiseptique et à son action expectorante.

N. R.

Digitized by Google

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

MÉDECINE

Les traitements de la fièvre typhoïde (1)

par M. le Dr F. Coutenot

Professeur de clinique interne à l'Ecole de médecine de Besançon

TRAITEMENT DES COMPLICATIONS. On peut le résumer ainsi :

Appareil digestif. — *Vomissements* avec état saburral (vomitif) ; — intolérance des médicaments (suspendre) ; — fuliginosités, muguet de la bouche et du pharynx). — Lombrics (santonine). — Dilatation d'estomac en convalescence (noix vomique en teinture ou en poudre). — Ramollissement de l'estomac (lait).

Boissons à très petites doses, glacées. — Glace en fragments, glace pilée et aromatisée. — Eaux gazeuses : Alet, Saint-Alban, Saint Galmier. — Potion de Rivière, poudres effervescentes. — Vin de Champagne frappé.

Deux gouttes laudanum dans une cuillerée d'eau de Vichy répétée plusieurs fois.

Emplâtre de thériaque et belladone sur l'épigastre. — Badigeonnage réitéré avec teinture d'iode. — Liniment térébenthiné ou mieux étoupe imbibée. — Sinapisation gastrique ; vésication à l'ammoniaque double ; vésicatoire classique, simple ou morphiné.

Météorisme. Si il est *modéré* : infusions aromatisées, anis, angélique, menthe poivrée. — Fomentations émollientes, vin aromatique. — Embrocation avec l'huile camomille camphrée ou anisée. — Compresses froides. — Lavements froids.

Est-il *plus marqué*? Purgatif léger. — Lavement camomille et gouttes d'essence de térébenthine. — Froid, glace en vessie sur le ventre. — A l'intérieur : acétate d'ammoniaque, — liqueur ammoniacale anisée et liqueur d'Hoffmann ensemble. — Teinture de noix vomique, peut-être. Le charbon ne réussit pas. — Quelques sangsues à l'anus, dans le cas de pléthore veineuse.

S'il y a menace *d'asphyxie* : tenter de porter une large sonde un peu haut dans le rectum, moyen qui semble bien simple, mais qui trompe le plus souvent. — Si le cas est urgent, on est autorisé à ponctionner au trocart capillaire.

Diarrhée. Est-elle *modérée*? — Boissons et régime, tisane de riz. — Fomentations chaudes au pavot. — Demi-lavement amylacé-opiacé.

Est-elle *abondante*? Le malade s'affaiblit, employer successivement : la tisane de riz et la teinture de cachou, décoction de colombo. — Potion au bismuth.

Julep	150 grammes.	
Sous-nitrate de bismuth	4 à 6	—
Craie précipitée	2 à 4	—
Laudanum	X gouttes.	

Infusion d'ipécacuana, 1 gr. pour 250 gr. — Potion alcoolique additionnée de teinture de cachou ou teinture de ratanhia. — Potion à 2 cent. acétate de plomb. — Poudre de Dower, 15 cent. plusieurs fois. — Pilules d'acétate de plomb et d'opium. — Compresses froides — tannin avec opium. (Glénard.) — Alun, 1 à 4 gr. en vingt quatre heures. (Fouquier). — Les préparations de nitrate d'argent, 4 à 5 cent. en vingt-quatre heures, réservées pour les cas rebelles, action douteuse.

Si diarrhée *persistante* après la chûte de la fièvre ou pendant la convalescence : diète lactée avec eau de chaux. — Lait avec rhum et cognac.

Lavement opiacé à l'acétate de plomb. — On additionnera un lavement ordinaire de la solution suivante :

Acétate de plomb	X gouttes.
Laudanum	XV —

Fomentations continues. — Cataplasmes — Sirop ou tisane de perchlorure de fer. — Œufs, suc de viandes crues. — Vins au tanin. — Si le malade est transportable, séjour à la campagne.

Hémorrhagie intestinale. — Repos absolu, air frais, ventilation, le corps suffisamment couvert. — Boissons, lait glacé, limonade à l'eau de Rabel glacée. — Potion d'ergotine :

Ergotine	4 grammes.
Acide gallique	0,50 centigr.
Sirop de térébenthine	30 grammes.
Eau de tilleul	120 —

A prendre une cuillerée chaque heure et alterner avec eau hémostatique de Léchelle ou solution de XXXX gouttes perchlorure de fer et eau, 140 gr.

L'hémorragie continue ou est soupçonnée continuer. — Injection sous-cutanée d'ergotine. — Lavement de ratanhia à la glace. — Application prolongée de glace sur le ventre.

Le cas est *désespéré.* — Soutenir vigoureusement le dynamisme général. — Potion alcoolique de Todd, à dose progressive. — Potion de Graves :

Huile de ricin	10 gr.
Essence de térébentine	6 gr.
Eau	90 gr.

A prendre par cuillerée toutes les six heures. L'unir à l'opium (la térébenthine et l'opium réussissent s'il y a grande chaleur et fréquence du pouls.

Proscrire le bain froid. — Transfusion, à laquelle nous n'aurions pas confiance, soit la transfusion sanguine, soit celle d'eau salée.

Perforation intestinale. — Immobilisation absolue de l'intestin. — Ni explorer, ni palper ; supprimer aliments, boissons, médicaments.

Opium à haute dose, 1 cent. toutes les demi-heures ; injection hypodermique de morphine.

Vessies de glace sur le ventre ou compresses froides.

Y a-t-il soif ardente et vomissements? Glace en petits fragments, suc d'orange glacé.

Si péritonite consécutive : glace interrompue, frictions mercurielles. — Eviter tout laxatif et ne donner longtemps que des aliments liquides très clairs.

Appareil circulatoire. *Epistaxis.* — Si *abondante* : — tamponnement extérieur de la narine, réfrigérants frontaux, cataplasmes sinapisés sur les membres inférieurs ; injections nasales vinaigrées, perchlorure de fer très étendu, priser la poudre de gomme arabique et tannin.

Si très abondante : Sinapisation inférieure, ligature des cuisses, tamponnement intérieur à la sonde de Belloc, glace sur le front, à l'intérieur ergotine et tannin.

Faiblesse du cœur et *embryocardie.* — Relever la partie contractile du cœur. — *Digitale* : insuffisante, difficile, dangereuse. — *Caféine* : en injection sous-cutanée, six à huit par jour (1). — *Ether*, injection sous cutanée, réveille passagèrement la contractilité. — *Vins, alcools, acétate d'ammoniaque, café* à l'intérieur.

Benzoate de soude	3 gr.	pour 4 injections.
Caféine	2 gr.	
Eau	6 gr.	

Solution à chaud (formule de Huchard).

Relever la force des vaisseaux. — *Ergot* de seigle infusé. — *Ergotine*, 1 à 2 gr. en injections sous-cutanées. — Traitement intérieur, *ut supra.*

(2) Suite et fin. Voir : n° 45.

(1). Voir : *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1888, et *Mementos des praticiens* (t. I, 1891), emploi de la caféine, par H. Huchard).

Digitized by Google

Appareil broncho-pulmonaire. *Bronchite partielle ou généralisée.* — Révulsion proportionnée : *Ventouses sèches*, trente à quarante matin et soir, membres inférieurs et lombes, surveillées pour qu'elles ne lèvent point.

Cataplasmes sinapisés, plutôt que sinapismes, membres inférieurs; *vinaigrés* pour enfants ou les peaux délicates.

Frictions térébenthinées (essence thérébenthine, 50 gr., alcool, 140 gr.) ou *ammoniacales*: (alcool, 60 gr., ammoniaque, 15 gr), membres inférieurs, dos, lombes, ménager l'épiderme.

Vésicatoires, indiqués pour une action continue ; éviter de les placer sur les parties déclives sur lesquelles le corps repose.

Vapeur d'eau proche du malade lui permettant l'inhalation de vapeur chaude, ou *Vaporisation* de *Griesinger*, pulvériser sur et autour du malade, infusion de tilleul avec une ou deux cuillerées d'essence de térébenthine.

Si la *dyspnée est suffocante. Ipécacuanha* pulvérisé, 50 cent. de demi-heure en demi-heure. Julep avec carbonate d'ammoniaque, 25 cent.

Congestion pulmonaire simple ou double. — *Ventouses* sèches, *scarifiées* si nécessité d'émission sanguine locale, préférable aux sangsues.

Affusions froides. Sur lit de sangle, lotions *rapides* sur le tronc, essuyer vivement, replacer sur un lit, serrer dans une forte laine, une fois par jour, suspendre si défaut de réaction.

Musc, 1 à 2 gr. en potion « névrosthénique bulbaire ».

Position variée, décubitus latéral.

Toniques généraux, quinquina alcoolisé, punch.

Si *hypostase simple ou double. Affusions.* — *Grands vésicatoires volants* sur les côtés du thorax, appliqués quatre à cinq heures, pansements à la gutta, à la fomentation de guimauve; cataplasme; ménager l'épiderme. — Potion *alcoolique* de Todd. — Potions d'*ergotine*, 4 gr. — Toniques.

Appareil cérébro-spinal. — *Céphalalgie* du *début* avec phénomènes gastriques. Vomitif à l'ipéca stibié. — En l'absence de selles, le lendemain sulfovinate de soude, 20 gr.

Céphalalgie *persistante.* — Réfrigérants sur le front, éther acétique, eau de laurier-cerise, eau sédative. — Bande serrée autour de la tête. — Ventouses sèches à la base du cou et sur les épaules. — Cataplasmes sinapisés sur la nuque, sur les membres inférieurs. — Ligature momentanée de ces derniers.

Céphalalgie avec *fluxion encéphalique* très marquée ou continue. — Trois ou quatre sangsues aux tempes ou aux mastoïdes. — Affusions froides ou irrigations, ou glace en vessie, les cheveux préalablement coupés. — Saignée s'il y a lieu.

Céphalalgie *violente* sans être continue. — Sur le crâne compresses et fomentations chaudes. (Graves). — Onction avec pommade au cyanure de potassium, 10 cent. par 20 gr. — Analgésine, six paquets de 40 cent. pour vingt-quatre heures. Coupe des cheveux.

Insomnie. — Eau de fleur d'oranger par cuillerées. — Eau de laurier-cerise, 15 gr. en potion. — Potion éthérée. — Opium. — Pilules de cynoglosse de 10 cent. — Potion avec XV à XXX gouttes élixir parégorique. — Poudre Dower, 25 à 40 cent. — Demi-cent. morphine en injection sous cutanée. (4 à 5 cent. de camphre préviennent les malaises encéphaliques de l'opium, comme 10 à 15 cent. de poudre de digitale, préviennent la diminution des émonctoires).

Si on redoute l'opium : — bromures de potassium ou de sodium, 1 à 2 gr. — Chloral, 1 à 2 gr. dans le premier septénaire seulement à cause de son action déprimante du cœur. — Unir le bromure à la codéine, 1 gr. et un cent.

Accidents cérébraux. — Si au *début*, symptôme de congestion encéphalique ou spinale : — émissions sanguines, saignée, sangsues à la nuque, aux oreilles. — Froid continu sur la tête, vessie de Dumontpallier.

Potion de Graves : Eau de menthe..... 8 grammes
Tartre stibié..... 0,20 cent.
Julep ..... 120 gr.

Une cuillerée chaque heure, jusqu'à effet appréciable. — Révulsifs doux, membres inférieurs.

Dans le cours de la fièvre :

Si *délire* violent, ataxie.

Bains froids à 22° et 26° avec affusion froide, friction, enveloppement de laine, lit chaud ; 10 minutes après bouillon. — Bains progressivement froids, 12 à 15 minutes, sans affusion. Drap mouillé. — Les bains tièdes prolongés ne font rien. — Vessie d'eau froide ou glacée sur la tête préalablement rasée. Enveloppement des membres inférieurs dans flanelle imbibée d'eau très chaude.

Potion de Graves très surveillée ; on peut l'additionner de 4 à 8 gouttes noires anglaises. — Bromure et chloral à dose ménagée.

Au cas de *convulsions* : — pas de bain. — Affusions répétées. — Vessie de glace sur la tête. Chloral.

Si *coma* : — Large vésicatoire sur la tête. — Vésicatoires sur les cuisses. — Potion de Todd.

Si le malade étant en défervescence et convalescence, il y a retour de symptômes cérébraux : antiphlogistiques. — Vésicatoires. — Opium à petite dose, antispasmodiques.

Collapsus. — Réchauffer le malade : sinapismes ; frictions alcooliques additionnées d'ammoniaque ou d'essence de moutarde noire.

Si la déglutition est possible : — Eau de mélisse. — Potion alcoolique. — Potion avec musc et teintures de fève de Saint-Ignace ou gouttes de solution de strychnine. — Punch, café, infusion de kola très chaude, vins généreux. — Injection sous-cutanée de caféine.

Si la déglutition est impossible : — lavements à l'alcool, au camphre ou aux sels ammoniacaux. — Injection sous-cutanée d'éther, de caféine ou de la mixture :

Essence d'anis ..... 1 gramme
Alcool à 85°..... 24 —
Ammoniaque liquide..... 5 —

15 à 30 gouttes réparties entre chaque membre.

Si la résolution se prolonge : — larges vésicatoires sur les cuisses. — En dernier lieu vésicatoire sur la tête.

Si état désespéré : inhalation d'oxygène. — Marteau de Mayor. — Électrisation du pneumo-gastrique.

TRAVAUX ORIGINAUX

MÉDECINE

Du transport par un tiers des maladies contagieuses d'ordre médical

Par M. le Dr H. Dauchez
Ancien interne de l'hôpital des Enfants-malades (1)

Dans une communication à la Société médico-pratique (juillet 1891), j'avais donné pour titre à une petite étude : « Du délire de contagion » et non de la non transmissibilité des affections contagieuses par un tiers.

Il m'avait cependant échappé cette phrase qui provoqua une réplique de mon ami le Dr Mérigot de Treigny et une lettre du Dr Ferlin (de Valence) (2), à savoir que la « contagion par un tiers était exceptionnelle, et que les cas cités par moi et pard'autres n'étaient que de « rarissimes exceptions » qu'il était inutile de signaler au public déjà hanté par le spectre des contagions possibles et impossibles.

(1) *Société Médico-Pratique*, (26 octobre 1891.)
(2) *Rev. générale de Clinique et Thérapeutique*, 23 sept. 1891).

Digitized by Google

Or, ce principe de la très grande rareté de la contagion par un tiers, je me crois toujours autorisé à l'admettre et à le défendre.

Encore une fois, j'admet la possibilité du fait, puisque j'en ai cité un exemple. Le Dr Ferlin, de Valence (*Rev. générale de Clin. et Thérap.*, n° du 7 oct. 1891), en a rapporté un autre qui paraît très vraisemblable à propos de la scarlatine. Notre ami Merigot de Treigny rapporte également (*Rev. générale de Clin. et Thérap.* 14 oct. 1891, n° 42, page 654) un fait observé par notre excellent maître, M. Grancher et qui semble probant (1).

Relevons cependant ce fait que dans la thèse si remarquable de Beclère sur la contagion de la rougeole, la contamination d'enfants à distance, sans intermédiaire, à quatorze jours d'intervalle les uns des autres est couramment admise par notre si distingué collègue.

On sait d'ailleurs que la contagion de la rougeole s'exerce bel et bien par les voies respiratoires comme l'admettent la plupart des médecins, d'enfants même sans contact médiat comme le prouvent les épidémies de salles à grande distance (2).

Ces concessions faites à la vérité, je me hâte d'ajouter que pour résoudre un problème aussi complexe, il faudrait connaître exactement la période d'incubation de toutes les affections contagieuses sur le transport desquels nous discutons.

Et pour ne parler que de la diphtérie, du choléra, de l'érysipèle, de la varicelle, de la coqueluche, des oreillons, connaît-on seulement exactement leur période d'incubation?

Dès lors, qui prouvera que c'est le docteur X. ou Y. qui a transporté le mal, alors que les inoculations directes pratiquées par Ricord (de l'érysipèle, par exemple) n'ont jamais réussi; que la diphtérie n'est pas plus facilement inoculable expérimentalement.

Donc, la démonstration du transport par un tiers ne pourra être faite que lorsqu'on connaîtra mieux la durée d'incubation.

(1) Dans le fait cité par M. le Dr Grancher, le Dr Merigot ne nous dit pas si les voisins réfractaires du jeune morbilleux avaient eu antérieurement la rougeole.

(2) Voici d'ailleurs quelques-unes des conclusions de Beclère (De la contagion de la rougeole, th., Paris, 1882. p. 109) :

a) Le contage de la rougeole de nature inconnue est contenu dans les produits de sécrétion de la muqueuse respiratoire. Il reste à démontrer qu'il existe ailleurs, et en particulier dans les produits de la desquamation cutanée.

b) .... Hors de l'organisme qui l'a produit le contage de la rougeole perd très rapidement ses propriétés nocives. Il ne semble pas pouvoir les conserver au delà de quelques mètres.

c) Le contage de la rougeole est *très rarement* transporté par des personnes ou par des objets en dehors des cas ou cette condition est réalisée : transport en très peu de temps, et à très faible distance. (Le Dr Béclère cite un cas douteux de transport sur 62 observations *ibid.* p. 72).

d) Les notions qui précèdent résultent des recherches de Panum (de Copenhague), de Mayr (de Vienne), de Girard (de Marseille), et de l'étude faite par la plupart des médecins de l'hôpital des Enfants.

Tout au plus pourrait-on faire la preuve, quand il s'agit de scarlatine, de variole ou de rougeole (1).

C'est ici que vient se placer le principe que je me crois autorisé à défendre de la grande rareté de ces contagions à distance.

En effet, je me permettrai de rappeler quelques-uns des arguments que j'apportais à la tribune de la Société médico-pratique, au mois de juillet dernier, à savoir :

1° Comment expliquer qu'un médecin occupé, voyant dix, quinze et vingt malades par jour, soit en ville, soit à l'hôpital, ne porte pas à l'un d'eux ou au dernier de la série les germes de toutes les maladies qu'il a rencontrées sur sa route.

2° Comment expliquer qu'un médecin ne transporte jamais, ou exceptionnellement, à ses enfants, neveux ou nièces, aux enfants des écoles ou des collèges qu'il visite, les germes ramassés à l'hôpital ou en clientèle.

Là où la contagion médiate s'exerce, c'est qu'il y a eu insuffisance de soins élémentaires de toilette.

3° Tous les parents des contagieux doivent-ils être tenus pour suspects?

A cet égard qu'on veuille bien nous permettre de citer les réflexions suggérées à notre excellent maître, M. le Dr Coutenot, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu et professeur de clinique à l'Ecole de médecine de Besançon, par la lecture de notre récent article de septembre 1891.

« Votre article sur le délire de la contagion arrive » fort à propos. Nos jeunes confrères ont semé la ter- » reur. Tout est contagieux... Nous voici ramenés au » plus mauvais jour de la peste. On ne se voit plus. — » Mme X. a eu un enfant atteint de coqueluche, on ne » la voit plus. On l'évite dans la rue, on lui fait signe » de s'éloigner. On marque sa maison à la craie rouge. » Pour la variole, la scarlatine, c'est bien pire encore, » on incendierait la maison avec tous ses habitants. » Folie! égoïsme et sottise! voilà ce que nous lègue » notre siècle expirant. »

Il me semble inutile de revenir à nouveau sur les conséquences sociales fâcheuses provoquées par les terreurs que sèment les confrères timorés qui n'obtiendront jamais chez les pauvres, dans les familles modestes, la réalisation de l'idéal antiseptique que peut seule donner la pratique hospitalière.

Dans la pratique, rien de plus facile que de laver ses mains, de brosser ses habits, de nettoyer ses ongles, de faire, pour certaines affections très graves, passer ses habits à l'étuve ou au four à pain.

A la ville pas plus d'ailleurs qu'à la campagne, *il n'est nécessaire de séjourner longtemps près d'un scarlatineux ou d'un varioleux, de manier ses plaies, de s'exposer à plaisir à contaminer ses mains ou ses manches.*

L'introduction des doigts dans la gorge ou les cavités naturelles nous paraît également inutile, dans les cas où le diagnostic peut être établi par la simple inspection.

(1) D'après le Dr Bar (de Lyon), et d'après M. le Dr Sevestre, le germe de la rougeole perdrait en deux heures et même moins sa nocivité.

Digitized by Google

A la campagne plus encore qu'à la ville le transport des affections contagieuses est exceptionnel. Un médecin exerçant trente ans sa profession voit bien près de trente mille malades. Or, je demande en conscience à ceux qui m'ont précédé, s'il leur est arrivé seulement cinq ou six fois de porter à d'autres les affections contagieuses qu'il avaient à soigner. Qu'adviendra-t-il si la doctrine du transport des germes est admise en pratique, sinon que la médecine sera consciencieusement impossible à exercer de lit en lit dans une salle d'hôpital.

Que fera un médecin de campagne obligé d'aller voir de hameau en hameau et successivement sans pouvoir revenir chez lui, vu la distance, ici un diphtérique, là une scarlatine, plus loin une bronchite, à laquelle il va greffer une diphtérie et la scarlatine.

Car les étuves (seul bon moyen pour les antiseptiques rigoureux) manquent à la campagne, dans beaucoup de villes qui parfois ne sont même pas pourvue d'établissements balnéaires.

Loin de moi, je le répète, l'idée de tout nier, puisque chacun d'entre nous peut avoir présent à l'esprit deux à trois faits de contamination à l'acquit de la variole, de la scarlatine et probablement de la diphterie.

En terminant, je demanderai aux confrères, qui ne partagent pas mon avis, de vouloir bien *apporter un grand nombre de faits cliniques* de transport de diphtérie (la thèse de Lancry, 1886, n'en renferme qu'un ou deux) ou d'autres maladies réputées transmissibles.

En pratique, il me semble nécessaire de distinguer la clinique hospitalière de la clinique civile. A l'hôpital, rien de plus facile que de changer de blouse à chaque lit, de se laver les mains, de se nettoyer les ongles, etc., après chaque malade réputé contagieux (scarlatine, impétigo, furoncle, érysipèle, variole, etc , etc.). Encore faudra t-il avoir le temps et n'avoir aucune distraction. Réserver l'étuve et les précautions méticuleuses pour l'hôpital est certainement utile.

Mais en ville, le peut-on? Nos scrupules serviront-ils à quelque chose, alors que les parents sortent journellelement *sans vouloir rien faire de semblable*.

Il me semble plus facile de dresser à la pratique des soins vulgaires de propreté des doigts, des ongles, de la barbe et des manches, nos clients qui le feront, sans doute, s'ils ne craignent pas l'exagération du guide qui les conseille.

A l'époque où nous vivons, le public croit aveuglément au danger de toutes les affections. Tout est contagieux, surtout quand le médecin l'affirme. Tout est microbe, depuis la pneumonie *afrigore* jusqu'à la grippe que personne ne peut éviter.

La défiance, les craintes, les terreurs du public sont encouragées par l'affirmation du médecin. Aussi voit-on tous les clients du Midi demander à propos de tout, au Dr Ferlin ou à d'autres : « Est-ce que cela craint ? »

Chacun d'entre nous voit formellement une mère éviter la loge d'une concierge où règne la rougeole et conduire son enfant au cours, au bal d'enfants, en omnibus où elle frôle une série de convalescents dont elle ne soupçonne pas la présence.

Ce trop long travail pourrait se résumer en trois ou quatre lignes : 1° Soyons propres — très propres, mais sans exagération ; 2° Vivons en paix et prêchons-la autour de nous; 3° Parlons bien et ne parlons pas trop, car la parole est d'argent, mais le silence est d'or.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

DERMATOLOGIE

I. **Traitement du coryza chronique des enfants eczémateux.** — Ce coryza vulgaire s'observe quand il existe de l'encroûtement eczémateux des narines et de la lèvre supérieure. Il est justiciable d'une médication locale et de modificateurs généraux.

Localement. — 1° Badigeonnages des cavités nasales avec un pinceau doux chargé d'huile de foie de morue ;

2° Tamponnement de ces mêmes cavités avec l'ouate hydrophile imbibée du même topique;

3° Application, sur la lèvre supérieure, d'une feuille compressive de caoutchouc fixée à chaque oreille par deux lacs.

A l'intérieur. — Administration de l'huile de foie de morue, de l'iodure de fer, du phosphate de chaux, etc., etc.

MÉDECINE

II. **De l'administration du salol à l'intérieur.** — Sa faible solubilité ne permet point de le faire ingérer autrement qu'en poudre. Au lieu de l'administrer en cachets, celle-ci peut être véhiculée dans des tablettes ou bien dans une émulsion (1):

1° *Tablettes au salol* :

Salol	20 grammes
Sucre	60 —
Gomme arabique	3 —
Gomme adragante	1 —
Eau	q. s.
Essence de menthe ou de citron	q. s.

Pour 100 tablettes; 5 à 20 tablettes par jour, chaque tablette contenant vingt centigrammes de substance active.

2° *Emulsion salolée* (Jouisse):

Eau distillée	120 grammes
Teinture de tolu	10 —

Mélanger, passer, puis faire une émulsion en ajoutant :

Salol	5 grammes
Gomme arabique	4 —
Gomme adragante	0 gr. 20
Sirop simple	30 grammes

Une cuillerée à bouche contient un demi-gramme de salol. Dose : cinq à dix cuillerées par jour.

III. **Traitement antiseptique de la diarrhée profuse.** — Il consiste dans l'association des antiseptiques et des purgatifs. En voici, d'après Broughton, les indications :

1° Modérer la diarrhée et désinfecter l'intestin par la potion suivante :

Salicylate de bismuth	10 grammes
Sulfo-phénate de zinc	0 gr. 20
Eau de chaux }	ãã 50 grammes
Eau distillée }	
Elixir parégorique	20 —

Dose: une cuillerée à café toutes les deux heures jusqu'à cessation de la diarrhée.

2° Prescrire ensuite, toutes les trois heures, un des cachets suivants :

Calomel	0 gr. 05
Sulfo-phénate de zinc	1 gramme
Pepsine saccharifiée	2 grammes

M. s. a. et divisez en dix cachets. N. D.

(1) Voir, à ce sujet : une Revue de thérapeutique par M. H. Huchard, n° 45, p. 703.

Digitized by Google

REVUE DES LIVRES

Exposé de l'enseignement clinique, par M. le Dr G.-A. Sackharine, professeur à la Faculté de médecine de Moscou, avec une introduction, par M. le Dr H. Huchard, médecin de l'hôpital Bichat (Paris, 1891, O. Doin).

M. Zackharine est un praticien, il le dit et il le démontre. Cet aveu suffirait seul pour lui concilier la sympathie du lecteur. La preuve qu'il en donne à chaque page de cette brochure, justifie en la confirmant, l'universelle estime que ses compatriotes et les étrangers accordent au savoir et à la réputation du chef autorisé de l'école clinique russe contemporaine.

M. Zackarine apprend à l'étudiant comment il doit observer; son enseignement est pratique au premier chef. Il ne ressemble donc guère à ces orateurs discrets, dont la virtuosité éloquente semble plutôt destinée à faire valoir celui qui parle qu'à instruire les auditeurs. Il y a des pays, comme celà, où cette manière d'enseigner passe officiellement, paraît-il, pour être suffisante. Mais je passe, sans toutefois omettre de remarquer que cet exposé de l'enseignement clinique aurait quelque droit d'être intitulée, comme un autre discours fort célèbre : *le discours de la méthode* appliqué à la médecine. Y a-t-il beaucoup d'œuvres de philosophie des sciences dont on pourrait dire autant ?

De plus, cette brochure a une préface ! Dans ces pages introductives, M. H. Huchard rappelle avec émotion l'accueil qu'il reçut comme français et comme médecin. Il y ajoute que l'organisation de l'enseignement clinique à la Faculté de Moscou n'est point étrangère aux projets de réformes dont il s'est fait l'un des ardents champions dans la presse et l'initiateur auprès de la Société médicale des hôpitaux.

Notre cher maître et ami a le cœur chaud et la plume reconnaissante. Cette préface en est une preuve nouvelle, mais bien superflue pour ceux qui l'aiment et le connaissent; inutile de le dire, voilà là une recommandation favorable et un patronage utile pour faire mieux apprécier du lecteur français les leçons instructives et intéressantes du savant professeur moscovite.

Ch. Eloy.

Du diagnostic de la tuberculose par M. le Dr Cazenave de la Roche. (1891, Clermont, Daix.)

Notre confrère, dont on connaît la longue expérience, plaide en faveur des respirations anormales, comme moyen de diagnostic précoce de la tuberculose. Il considère, à ce point de vue, leur importance clinique comme plus considérable que celle de la pleurésie. « Celle-ci, écrit-il, survenant brusquement, sans cause déterminante appréciable, pourra constituer une prescription de tuberculose imminente ou accomplie, mais non « un signe prémonitoire certain de la dystrophie à la période « initiale. ». On doit, quelle que soit l'opinion que l'on professe, tenir compte d'un avis si nettement formulé.

Ch. E.

Traité de thérapeutique et de pharmacologie par M. le Dr Soulier, professeur à la Faculté de Lyon. (II. Paris, 1891, Savy.)

Dans le n° 19 de ce journal (6 mai 1891), nous avons publié une analyse de ce livre, l'un des plus considérables parmi les ouvrages contemporains et didactiques de thérapeutique.

Nous avons déjà fait connaître l'originalité de son plan et l'indépendance qui inspire notre distingué confrère dans ses ses appréciations.

Le deuxième volume a été écrit dans le même esprit que le premier. Il le complète, de sorte qu'à l'heure actuelle, l'œuvre de M. Soulier est achevée. Elle arrive en temps opportun, au moment où d'autres traités de thérapeutique viennent de paraître ou sont annoncés. C'est dire que la comparaison de la méthode adoptée par chacun de leurs auteurs ne manque ni d'intérêt, ni de profit pour les lecteurs. C'est dire aussi que la place de ces ouvrages, divers par la forme encore plus que par l'objectif, se trouve dans la bibliothèque des étudiants et des praticiens.

Ajoutons que le Traité de thérapeutique de M. Soulier a été imprimé avec un luxe typographique qui fait honneur à son habile et intelligent éditeur

Ch. E.

Les inhalations d'oxygène chez les nouveau-nés, par le Dr E. Bonnaire, accoucheur des hôpitaux, (Paris, 1891, A. Coccoz).

Cette méthode a été employée dans des cas de maladie bleue ou de maladie bronzée hématurique ou d'anémie pernicieuse progressive. L'enfant étant placé dans la couveuse, le gaz est amené sous pression à la porte d'entrée de l'air extérieur pour s'échapper par la porte d'entrée ouverte au-dessus de la tête du petit malade.

Ce dispositif imaginé par l'auteur, a donné d'excellents résultats et doit en effet, en donner chaque fois que le petit malade, marchant vers l'athrepsie, il est indiqué de tenter une amélioration de la crase sanguine.

P. C.

Congrès Français de chirurgie. 5e session (Félix Alcan, Paris 1891).

On trouvera dans le volume publié par un distingué collaborateur de ce journal M. le Dr Picqué, les travaux du dernier Congrès de chirurgie, tenu cette année à Paris. Nous avons déjà rendu compte des trois questions principales à l'ordre du jour : intervention chirurgicale dans les affections des centres nerveux; résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus dans les affections non néoplasiques de ces organes et des diverses espèces de suppurations examinées au point de vue bactériologique et clinique (1). Nous avons également entretenu nos lecteurs d'un certain nombre de sujets qui ont fait l'objet de présentations particulières, nous n'y reviendrons donc pas. Ce volume, grâce aux nombreux mémoires originaux qu'il renferme, nous donne un tableau fidèle des progrès de la chirurgie réalisés pendant ces deux dernières années.

H. M.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES ÉTRANGÈRES

Allemagne. **Société de médecine de Berlin** (28 octobre et 4 novembre 1891). — I. *Difficultés du diagnostic des tumeurs intra-thoraciques.* — Angleterre. **Société royale de médecine et de chirurgie de Londres** (27 octobre et 2 novembre 1891). II. *De l'acide urique comme facteur de l'hypertension artérielle.* III. *Influenza et névroses* — Autriche. **Société impériale et royale des médecins de Vienne** (30 octobre, 1891). IV. *La paralysie spasmodique congénitale, son traitement.*

I. **Difficultés du diagnostic des tumeurs intra-thoraciques.** — Point de symptôme pathognomique pour justifier le diagnostic. On le sait trop, hélas ! M. Fraenkel n'a donc point de peine à reproduire cette assertion fort classique et à la confirmer par une série de neuf observations personnelles.

La concomittance de quelques symptômes met sur la voie du diagnostic. Comment ?

Dans les *tumeurs du parenchyme pulmonaire*, habituellement la malade expectore et dans les crachats on trouve, au microscope, des éléments cellulaires venant de la tumeur. Mais si le fait est exact pour les carcinômes, c'est, on le verra plus loin, l'avis de Virchow, il l'est moins pour les sarcômes. Il y a de la *dyspnée*; mais cette dyspnée est intense et constante car la

(1) Voir la Revue générale de thérapeutique, 1891.

Digitized by Google

tumeur siège dans le médiatin. Dans ce cas on doit soupçonner un lymphôme ou un lympho-sarcôme, ayant pour origine les ganglions bronchiques.

Le *sifflement respiratoire* n'est pas pathognomonique ; ne l'observe-t-on pas dans d'autres affections broncho-pulmonaires.

La *paralysie des cordes vocales* est d'ordinaire bilatérale. Elle diffère donc par ce caractère de la paralysie unilatérale, symptomatique des anévrysmes aortiques.

La *douleur* est un signe de tumeur osseuse ou bien anévrysmale, et, dans ces cas, on doit le noter, elle est plus intense quand l'os est en cause que quand il existe un anévrysme.

L'*examen des crachats* est instructif. Rouge-framboisés, ou bien verdâtres, dans les tumeurs du poumon, ils contiennent des cellules en dégénérescence graisseuse quand il existe un épanchement pleural, et des cellules de Quincke s'il s'agit d'un carcinôme pulmonaire.

Quant à la *cyanose*, elle accompagne rarement les tumeurs solides. C'est plutôt un des symptômes de tumeur anévrysmale.

Au demeurant, malgré ces symptômes, le diagnostic est malaisé dans tous les cas. De plus, on doit tenir compte de ce fait que les petites tumeurs échappent à toute exploration et que des tumeurs volumineuses peuvent être bien tolérées et ne donner lieu à aucun symptôme dénonciateur. Les réflexions de M. Fraenkel justifient les difficultés classiques du diagnostic des tumeurs intra-thoraciques, et en particulier des tumeurs du poumon, sans révéler toutefois un moyen inédit de les résoudre.

Et les épanchements pleuraux ? M. Fraenkel n'en parle point ; c'est le reproche que M. Senator lui adresse. Souvent aucun moyen de diagnostic, pas même la ponction exploratrice ne le révèle. Il faut donc chercher plus loin, et M. Senator le fait en insistant sur l'*œdème* et la *dilatation des veines cutanées* latérale du thorax, du cou, de la nuque ou d'un seul bras. Mais, autre difficulté : cet œdème dépend de la compression du tronc veineux brachio-céphalique et conséquemment n'est point constant.

Dans ce diagnostic, M. B. Fraenkel n'attribue qu'une valeur relative à la paralysie des cordes vocales, à l'examen laryngoscopique, au bruit striduleux, et à la trachéoscopie, la paralysie double manquant le plus souvent dans l'anévrysme aortique ; la paralysie du nerf recurrent gauche plaidant tout au tout pour cet anévryme ou une tumeur solide; et la trachéoscopie révélant accidentellement seulement une déformation de la trachée par compression, mais non la nature de la tumeur qui comprime.

Reste la *palpation de la trachée*, pratiquée la tête étant dans l'extension forcée et le larynx en élévation. Elle a quelque valeur quand la tumeur suffisamment élevée vient au contact du doigt explorateur qui, suivant les cas, perçoit une résistance (tumeur solide) ou des battements (anévrysmes).

Dans ce débat les orateurs semblaient attacher une certaine importance à l'analyse des crachats. C'est rappeler la valeur des cellules hydropiques qu'il a depuis longtemps établies et qui démontre l'existence d'un néoplasme intra-thoracique.

De plus, la présence de ces produits morbides dans les crachats permet de soupçonner le carcicôme ulcéré ; or cette tumeur est de toutes la plus vulgaire, a pour point de départ l'œsophage, le poumon, les ganglions ou les bronches et diffère par son évolution, relativement rapide, des lympho-sarcômes dont la marche est plus lente. Ceux-ci débutent par les glandes lymphatiques, ou dans le tissu interstitiel péri-bronchique et ne s'ulcèrent jamais. On ne saurait trop s'associer à la revendication de M. Virchow, confirmant ainsi indirectement les travaux de Quincke, Unger, Erlich, Bizzozero et autres, concluant à la présence de ces « cellules hydropiques », comme signe pathognomonique du carcinôme.

II. **De l'acide urique comme facteur de l'hypertension artérielle.** — Les études que M. Haig poursuit depuis deux années démontreraient que, toutes choses égales d'ailleurs, la tension artérielle varie en raison directe de la richesse du sang en acide urique. De plus, hypothèse conséquente de ce fait, l'opium, le mercure et les médicaments vasculaires agiraient sur la tension artérielle en modifiant la richesse du sang en acide urique.

M. Haig motive ses conclusions sur l'action physiologique de ces médicaments dans la migraine dite urique. Cet acide provoquerait la vaso-constriction des capillaires et, partant, l'augmentation de pression dans les gros vaisseaux, puis, secondairement, l'irrégularité du pouls, la syncope, des symptômes angineux et même l'hémorrhagie cérébrale.

Il ajoute, argumentation empruntée à la clinique, qu'on observe des modifications quantitatives de l'acide urique dans l'urine des migraineux et des épileptiques ; il rappelle l'opinion de Riegel sur la pathogénie de la bradycardie et, comme conclusion, admet que cette action de l'acide urique sur la tension artérielle est justifiable à la fois par des preuves physiologiques, expérimentales et cliniques. Par cette affirmation, il entend répondre aux objections de ceux qui, avec M. Hebringham, lui reprochent d'avoir employé le procédé de Haycroft pour rechercher l'urée, et de ceux qui, avec M. Hunter, demandent à ce que, dans l'appréciation des faits, il soit tenu compte des autres causes de variation de la tension artérielle telle, par exemple, que l'influence des repos, et l'état de plénitude du système porte.

III. **Influenza et névroses.** — Comme les autres maladies infectieuses, l'influenza peut être une cause provocatrice de l'aliénation mentale. M. Savage le prouve au moyen de son propre témoignage, des observations de MM. Mickley, Wiglesworth, Coldecott, B. Fox et des statistiques de l'Asile d'aliénés de Morningside, à Edimburgh.

Ces troubles névrosiques se manifestent aussi dans les diverses périodes de la maladie et sous les formes les plus diverses Ils diffèrent des manifestations nerveuses propres à l'influenza, comme les douleurs lombaires, parce qu'ils sont le réveil de névroses héréditaires, ou d'autres états constitutionnels acquis ou congénitaux, comme la syphilis, l'alcoolisme, la ménopause, l'hérédité nerveuse, des traumatismes cérébraux, l'hystérie, la paralysie générale, etc., etc.

Bien plus, après l'influenza, M. Savage a observé de l'amnésie, de la neurasthénie, des névralgies, même des attaques épileptiformes, de la manie aiguë, de la mélancolie et des hallucinations. Dans quelques cas, cette affection a été suivie de la paralysie générale des aliénés.

Le pronostic de ces accidents nerveux et psychiques est variable : mais sa gravité ne paraît point douteuse quand ils prennent la forme du délire maniaque ou de la paralysie générale. On note bien des périodes de rémissions, mais celles-ci sont souvent passagères.

Quant au traitement, il consiste d'abord à veiller sur l'état général et à prescrire l'isolement. Les médicaments sont peu efficaces, sauf la morphine dans les cas anciens et le sulfonal dans ceux récents. Bref : ni dans la pathologie de ces accidents, ni dans leur thérapeutique, on ne saurait trouver des indications spéciales. C'est terminer par où on devait commencer, et conclure que l'influenza se comporte dans la pathogénie des névroses et des psychoses à la manière des autres maladies infectieuses.

A dire vrai, n'est-ce pas, on s'en était toujours douté ?

IV. **La paralysie spasmodique congénitale, son traitement.** — Cette paralysie, d'après M. Lorenz, se présente sous trois formes :

Digitized by Google

1° Paralysie spasmodique des fléchisseurs plantaires avec pieds équins varus ou valgus ;

2° Paralysie des adducteurs (pieds équins, avec flexion du genou) ;

3° Paralysie des fléchisseurs du genou (flexion du genou).

S'agit il d'une paralysie vraie ? Non, pour le chirurgien autrichien, mais plutôt d'un défaut d'équilibre entre les muscles locomoteurs antagonistes. De là, l'idée de rétablir cet équilibre par la section des muscles possesseurs d'un excès de force musculaire.

Dans le pied équin spasmodique, M. Lorenz a sectionné le tendon d'Achille, d'où redressement du pied et possibilité de marcher en s'appuyant sur la plante du pied.

Contre la flexion des jambes, au lieu d'une suture difficile des adducteurs, il a supprimé leur fonction par la névrotomie du nerf obturateur.

Enfin, contre le spasme des fléchisseurs du genou : ténotomie de ces muscles (tendon d'Achille, du demi-tendineux, du demi-membraneux et du biceps sural). Le résultat a été partiel : le malade peut marcher seulement dans l'extension et avec des cannes pour points d'appui. Cependant, plus de spasme et amélioration probable par une gymnastique et une marche méthodiques. L. D.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 12 octobre 1891.
Présidence de M. le Dr Descroizilles.

Le procès-verbal de la dernière séance de juillet est lu et adopté.

M. Descroizilles lit une note sur l'emploi de l'aristol dans le traitement de l'**ichthyose infantile** (Voir p. 685).

M. Tripet fait remarquer que ce traitement ne présente pas d'inconvénients, l'agent n'est nullement toxique ; peut être est-il cher encore ?

M. Julliard. — L'aristol est encore d'un prix élevé, cependant très abordable, ce qui ne peut être un inconvénient pour le traitement.

M. Boutin fait remarquer que M. Descroizilles associe à l'aristol dans le traitement de ses malades l'emploi de la liqueur de Fowler.

M. Dauchez. — M. Descroizilles pourrait-il dire pourquoi certaines parties du corps ont été réfractaires au traitement ?

M. Descroizilles. — Je crois que l'échec du traitement est dû à la plus grande épaisseur des squames en ces points.

M. Dauchez a vu à Saint-Louis le glycérolé d'amidon amender pour quelques jours le nettoiement de l'ichthyose. Un corps gras ne pourrait-il pas, à lui seul, provoquer une amélioration, une guérison apparente ?

M Descroizilles a employé les corps gras ; j'ai toujours eu des résultats nuls ou très incomplets, très inférieurs, en tous cas, à ceux obtenus avec la pommade à l'aristol.

M. Monnier présente un petit malade guéri d'une **péritonite tuberculeuse** (Voir p. 726).

M. Tripet. — M. Monnier, après la ponction, a-t-il renoncé à la palpation et aux sensations indiquant la présence des fausses membranes ?

M. Monnier. — Je suis persuadé avoir recueilli ces sensations ; j'ai senti nettement le gâteau péritonéal, et aujourd'hui toute manifestation de fausse membrane a disparu. L'enfant présente les apparences de la santé absolue.

M. Julliard. — M. Monnier dit n'avoir pas endormi son petit opéré, parce qu'il était très malade ; mais l'éther n'est pas susceptible de provoquer les accidents du chloroforme, et à Lyon on emploie couramment l'éther ; pourquoi n'y avoir pas recours plus souvent ?

M. Monnier. — Je pensais pouvoir me passer de l'anesthésie, s'est surtout pour cela que j'ai pas endormi mon malade. Quant à l'éther, je n'ai pas d'expérience à ce sujet. Cependant, dans un cas, je l'ai vu employer avec une apparence d'avantage au point de vue de l'action sur le cœur.

M. Desnos. — Dans la thèse de Duret, les accidents de l'éther et du chloroforme sont signalés, et il semble que l'éther soit au moins aussi dangereux que le chloroforme. D'ailleurs, l'éther, peu employé en France, sauf à Lyon, est très employé à l'étranger : Angleterre, Allemagne et Italie.

E. Potherat.

Séance du 26 octobre 1891
Présidence de M. le Dr Descroizilles

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Dauchez fait une communication sur la **transmissibilité des maladies contagieuses par un tiers.** (Voir : p. 739).

M. Duchesne cite le cas d'un confrère de Saint-Ouen qui a donné quatre fois la diphtérie à sa femme. Pour qu'un médecin, un tiers en général, communique une maladie contagieuse, il faut qu'il rencontre un terrain préparé.

M. Dauchez. — Quand on connaîtra exactement la durée d'incubation de la diphtérie, on sera autorisé à dire que le médecin l'aura apportée. Dans le fait qui vient d'être cité, il s'agit sans doute d'un cas de susceptibilité comme chaque médecin peut en avoir observé. Ainsi, à l'hôpital des Enfants-Malades, j'ai vu une sœur contracter six années de suite la diphtérie ; il est difficile dans un pareil cas d'admettre à chaque atteinte une nouvelle inoculation de la maladie. Il y a, certainement, des personnes prédisposées qui prendront la maladie là où d'autres resteront indemnes.

M. Tripet se demande si dans certains cas, en dehors de toute contagion, la diphtérie ne se déclarerait pas spontanément.

M. Mérijot de Treigny, revenant sur son article de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* (1), rappelle que Bard a cité toute une série de broncho-pneumonies dans le cours de la rougeole, où la contagion par un tiers serait difficilement niée. Hillet et Barthez pour la variole et la scarlatine, Panum pour la rougeole, ont rapporté des exemples, où la contagion par une tierce personne, médecin ou garde, semble prouvée. On devrait, les médecins devraient indiquer aux familles, l'importance des soins de propreté, ne pas nier les faits de transport de la maladie à distance, mais dire que les maladies contagieuses se gagnent surtout par le contact direct. D'où la nécessité de la désinfection des vêtements, des mains, de la figure.

M. Dauchez. — Quelques confrères ont-ils vu des cas de transport de maladies contagieuses, et dans quelles proportions ? Pour moi, je n'en ai pas vu. D'ailleurs, pour un cas, est ce la peine de tout bouleverser, de fuir le monde. Il faut, à mon avis, éviter les exagérations, et je pense que les précautions usuelles, lavage des mains et brossage des vêtements, suffisent ordinairement pour empêcher le médecin de servir de véhicule au transport des germes infectieux.

M. Tripet cite un cas de contagion puerpérale par un tiers.

M. Boutin cite également un cas de transport de la scarlatine par une mère à un de ses enfants.

M. Dauchez voudrait, pour bien établir le fait de la contagion par un tiers, que l'on fît connaître les délais dans lesquels les deux cas se sont produits. Encore une fois tant que nous ne connaîtrons pas la durée d'incubation de quelques maladies comme la diphtérie, la scarlatine ; nous ne pourrons jamais avec certitude affirmer la contagion par un tiers.

(1) Voir n° 12, 14 oct. 1891, p. 684.

Digitized by Google

M. Gillet, après avoir fourni un autre exemple de contagion de la diphtérie, se plaint de l'état d'infériorité où nous nous trouvons en France, au point de vue de l'hygiène, vis-à-vis de quelques autres nations, notamment la Hollande, l'Allemagne, l'Angleterre.

MM. Roux et Tripet déclarent qu'à la ville comme à la campagne, il serait impossible pour le médecin de prendre toutes les précautions minutieuses indispensables pour éviter le transport des germes morbides.

M. Descroizilles. — M. Dauchez a provoqué une discussion intéressante, je suis partisan absolu de ses conclusions. Il ne nie pas la contagion par un tiers, mais il cherche à mettre en garde le public non médical contre des exagerations imprudentes.

Il n'y a pas de moyen pour se convaincre absolument de l'existence de la contagion. Les contagionnistes la verront toujours; les anti-contagionnistes la nieront de même. Comme l'a dit M. Dauchez, il existe des cas de susceptibilité particulière; ainsi dans mon service de diphtériques, j'ai vu un enfant de six ans qui en était à sa dixième atteinte.

Je crois pour ma part à la culpabilité de l'atmosphère dans le transport des maladies, bien que des expériences récentes tendent à l'innocenter. Et puis, comment prouver que le tiers, que le médecin importe sur lui les germes de la maladie qu'il vient d'examiner?

M. Dauchez croit bien que la contagion peut se produire, mais il pense qu'elle ne se fait que très rarement.

M. Tripet pense, en effet, que le médecin n'est pas le véhicule. Il connaît assez les précautions à prendre pour y recourir; il n'en est pas de même des autres tiers, qui séjournent plus ou moins longtemps auprès des malades, reçoivent des produits d'expectoration sur leurs vêtements et par imprudence ou ignorance les transportent au dehors.

M. Descroizilles ne croit pas que la contagion par un tiers soit la plus commune, et il croit surtout que le médecin est très rarement coupable. En exagérant cette idée, on arrive à faire considérer le médecin comme un pestiféré, au point même que le titre de médecin d'enfants peut nuire à la clientèle de ville.

En conseillant aux aides, à l'entourage de prendre des précautions, le médecin aura rempli tout son devoir.

Dr Pennel.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du jeudi 12 novembre 1891

Présidence de M. le Dr Lallier

Traitement de la pelade par les injections de sublimé corrosif. — Il y a quelques mois, M. Moty avait recommandé un traitement nouveau de la pelade : par les injections sous-épidermiques de sublimé. M. le Dr Barthelemy a expérimenté ce traitement et a soigné un certain nombre de malades atteints de pelade très étendue, d'après la technique du Dr Moty. Il a employé une solution au millième et a fait en tout dix séances d'injections en trois mois. Il n'introduisait, au début, sous la peau, que six gouttes de la solution. A la fin du traitement il était arrivé à injecter quarante gouttes. Pendant toute la durée du traitement, il n'y a eu ni accidents locaux, ni accidents généraux. Au bout de trois mois les cheveux repoussaient partout avec une assez grande activité. C'est le seul cas que l'auteur ait ainsi traité, et les résultats de cette méthode, comme on le voit, ont été très favorables.

M. le Dr Moty, depuis la communication qu'il a faite à la Société de dermatologie, a traité un certain nombre de peladiques par ce procédé, et les résultats encourageants qu'il avait obtenus au début ne se sont pas démentis. Il a de plus modifié sa formule. Il employait primitivement la solution de sublimé au cinq centième qui avait l'inconvénient d'être un peu douloureuse. Il emploie maintenant la formule suivante :

Eau distillée.....	400 grammes
Sublimé.....	1 —
Chlorhydrate de cocaïne..	2 —

Ces injections sous-épidermiques ne causent pas de douleur. Le résultat est le même. Bien que la solution soit plus forte il n'y a pas davantage d'accidents locaux ou généraux.

M. le Dr Besnier se montre encore sceptique vis-à-vis de la méthode préconisée. Il renouvelle les réserves qu'il a faites lors de la première communication de M. Moty, et pense, avec quelque raison, ce semble, que pour conclure, à ce sujet, il est nécessaire d'expérimenter le traitement sur une plus grande échelle, après un diagnostic préalable certain.

P. C.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 novembre 1891

Présidence de M. le Dr Terrier.

L'hystérectomie vaginale et les suppurations pelviennes. — M. Bazy. Pour dresser une statistique des résultats fournis par l'hystérectomie vaginale, on ne doit comparer entre eux que des cas similaires. Il est donc nécessaire de les diviser en différentes catégories, suivant la nature des lésions. M. Bazy propose la classification suivante :

1° Cas dans lesquels l'extirpation par le vagin de l'organe malade constitue toute l'opération, comme dans le cancer utérin, par exemple, c'est l'hystérectomie proprement dite;

2° Cas dans lesquels l'ablation de l'utérus n'est que l'élément accessoire; l'ouverture des poches purulentes, l'excision du pyo-salpinx sont le but que l'on se propose d'atteindre. L'utérus est donc enlevé pour permettre de nettoyer le petit bassin. La méthode de M. Péan rentre dans cette catégorie de faits. On pourrait le désigner sous le nom de kolpo-hystérectomie.

Cas occupant une situation intermédiaire entre les deux précédents. L'utérus est enlevé pour traiter l'ovarite sclero-kystique, l'hémato-salpinx, la grossesse extra-utérine. Cette opération se termine le plus souvent par la castration utéro-ovarienne.

On comprend aisément que l'on ne puisse comparer la gravité du cancer utérin avec celle d'un abcès pelvien : il en est de même pour les résultats des traitements de ces affections. Si donc l'on veut connaître exactement le pronostic de l'opération de Péan, il sera désormais nécessaire de ne faire entrer en ligne de compte que des hystérectomies pour suppurations pelviennes.

M. Peyrot. Les faits et les enseignements qu'ils comportent arriveront seuls à trancher la question du pronostic immédiat et éloigné de cette opération. Dans le cours de cette année, il n'a trouvé que deux cas auxquels il soit permis d'appliquer l'hystérectomie vaginale.

Le premier se rapporte à une femme de 28 ans, entrée le 4 mars 1891 dans son service. Elle a eu deux accouchements antérieurs; depuis cette époque les règles sont devenues irrégulières, entrecoupées d'hémorrhagies intercalaires, de douleurs dans le bas-ventre. L'utérus est enclavé, immobilisé dans le petit bassin par des poches purulentes voisines et des adhérences très solides. Il est certain que dans ces conditions la laparotomie n'aurait donné aucun résultat favorable. M. Peyrot pratiqua l'hystérectomie vaginale et ouvrit plusieurs poches purulentes; mais l'opération fut laborieuse; l'abaissé-

Digitized by Google

ment de l'utérus difficile. Les annexes furent laissés en place. Les résultats immédiats furent excellents. Revue en mai, la malade avait engraissé, mais présentait une induration diffuse et douloureuse au fond du vagin ; en septembre, même état général et satisfaisant, mais persistance de l'induration vaginale et de légères douleurs. Le seconde malade était une femme de 30 ans, n'ayant pas eu d'enfants, souffrante depuis trois ans. Chez elle, la suppuration pelvienne avait déterminé des fistules rectale et vaginale. Elle avait été une première fois laparotomisée par M. Richelot qui ne put achever l'opération en présence du magma formé par les anses intestinales adhérentes. L'hysterectomie fut exécutée facilement et les abcès ouverts. Mais il fut impossible d'enlever les annexes. Opérée le 28 avril, la malade quittait l'hôpital le 28 mai, conservant au fond du vagin un noyau inflammatoire qui, deux mois après, avait donné naissance à une fistule persistante.

Ainsi donc, après deux opérations ayant donné de bons résultats immédiats, nous voyons persister des indurations inflammatoires susceptibles de déterminer de nouveaux accidents. Si les faits de ce genre se multipliaient, ce serait un grave reproche à adresser à l'hystérectomie vaginale. L'avenir seul nous instruira du pronostic de cette opération.

M. Reynier considère que la laparotomie est efficace et non dangereuse dans la majorité des affections inflammatoires des annexes ; il pense que l'opération de Péan doit s'adresser aux cas exceptionnels, caracterisés par des suppurations pelviennes anciennes, compliquées de trajets fistuleux ou d'adhérences invincibles.

Sur 72 laparotomies pour lésions annexes, il n'a eu que deux décès, l'un chez une femme atteinte de lésion cardiaque, qui succomba rapidement ; l'autre dans un cas de salpingite suppurée avec fistule rectale ; il y eut issue des matières fécales dans le péritoine. Ces résultats favorables ne l'ont cependant pas empêché de faire l'hystérectomie dans les deux cas suivants, où cette opération lui paraissait devoir présenter plus de chances de succès.

Femme de 39 ans, salpingite suppurée ouverte depuis un an dans le rectum, fistule intermittente, accès de fièvre lorsque celle-ci se fermait. Hystérectomie par morcellement. Le péritoine est ouvert pendant l'opération ; un abcès se vide spontanément deux jours après par le vagin. La guérison s'est maintenue complète depuis cinq mois.

Chez une autre femme, présentant deux grosses salpingites suppurées, M. Reynier fit le morcellement de l'utérus, mais ne put ouvrir qu'un foyer. Pendant l'opération, une pince placée sur l'un des ligaments larges, dérapa, et il eut les plus grandes difficultés à arrêter l'hémorrhagie en plaçant une nouvelle pince en bonne place. Deux jours après, il crut pouvoir retirer les pinces laissées au fond du vagin ; le soir même, la malade succombait et à l'autopsie on trouvait une abondante hémorrhagie ayant rempli tout le petit bassin. Une seule trompe purulente avait été ouverte, l'autre, trop élevée, n'avait pu être saisie. L'impossibilité d'abaisser l'utérus augmentait encore les difficultés de l'opération. La possibilité d'hémorrhagies graves, de blessures de la vessie, des uretères, du rectum doit rendre le chirurgien très circonspect dans l'emploi de l'hystérectomie vaginale.

M. Bouilly reste partisan de la laparotomie pour affection des annexes dans la grande majorité des cas. L'hystérectomie vaginale lui paraît indiquée dans les deux catégories suivantes de faits.

1° Salpingo-ovarites anciennes s'accompagnant de pelvipéritonite à répétition, d'adhérences solides, de trajets fistuleux. Après l'ouverture du ventre, il est impossible de rien reconnaître au milieu de cette masse solide et d'opérer avec l'écurité.

2° Suppurations aiguës ou chroniques, libres dans le petit bassin, dépendantes ou non des annexes. L'indication de l'hystérectomie est moins absolue dans cet ordre de faits, car cette année il a pu ouvrir et drainer avec succès par le vagin une péritonite purulente chez une jeune femme sans enlever l'utérus et les annexes.

En regard des résultats fournis par l'hystérectomie pour les lésions des annexes, il est bon de mettre ceux de la laparotomie faite dans les mêmes conditions (1).

Depuis le mois de mars 1890 jusqu'au 1er février de l'année suivante, il a fait 33 laparotomies pour affections des annexes qui ont donné 4 décès. Sur ces 33 cas, il a opéré 23 pyo-salpingites avec 2 décès.

Depuis le mois de février 1891 jusqu'à aujourd'hui, il a fait dans les mêmes conditions 42 laparotomies, sur lesquelles il a eu cinq décès. 16 po-salpingites opérées ont donné 4 morts, un hémato-salpinx, une mort.

En résumé, sur 75 laparotomies il a eu 9 décès, mortalité comparable au chiffre rapporté par M. Segond dans ses hystérectomies vaginales pour affections des annexes (64 opérations, 8 décès).

M. Bouilly fait remarquer que ses insuccès auraient pu se produire, quel que soit le mode opératoire adopté ; ils sont imputables à la rupture de l'intestin ou des parois des abcès, intimement soudés aux organes voisins par des adhérences extrêmement solides.

L'hystérectomie vaginale ne présente pas de supériorité sur la laparotomie au point de vue de sa gravité ; elle est très difficile et très aléatoire dans ces cas exceptionnels. La voie abdominale au contraire est plus simple et plus facile à suivre.

Dr H. Marciguey.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 *novembre* 1891
Présidence de M. le Dr Labbé

Pyo-pneumothorax tuberculeux et pleurotomie. — M. Merklen a traité l'année dernière dans son service trois cas de pyo-pneumothorax par la thoracentèse suivie de lavages à l'eau naphtolée. Ces trois malades sont morts sans avoir recueilli aucun bénéfice de cette intervention. Un quatrième cas a été traité par la pleurotomie antiseptique et le bénéfice que le malade en a recueilli montre que l'on doit renoncer, en présence de cette affection, à l'abstention sytématique.

Cet homme âgé de 28 ans, mécanicien, entrait le 20 juin 1890 à l'hôpital. Ayant eu dans son enfance des accidents scrofuleux, il était atteint de fièvre et de congestion pleuro-pulmonaire à la base du poumon gauche. Les ventouses scarifiées, les injections de morphine l'avaient sensiblement amélioré, lorsque, le 26 juin, il fut pris d'une douleur atroce dans le côté gauche et de dyspnée très-vive. Le lendemain on constatait tous les signes d'un pneumothorax. La fièvre se ralluma et l'épanchement gazeux se compliqua d'un épanchement liquide.

Le 7 juillet, M. Merklen fit la thoracentèse suivie d'un lavage à l'eau naphtolée et obtint une rémission des phénomènes fébriles pendant 36 heures. Une nouvelle ponction fut pratiquée quelques jours après et l'on retira 500 grammes de pus ; nouveau lavage à l'eau naphtolée. L'inoculation de ce pus donna à M. Netter des résultats positifs. Le 3 août, nouvelle ponction qui fournit 800 grammes de pus ; lavage avec la liqueur de Van Swieten. Les diverses thoracentèses ne donnèrent pas de résultat durable ; l'épanchement gazeux et purulent se reproduisait avec une très grande facilité, l'état général

(1) Voir : *Rev. gén. de clinic. et de thérap.* n° 46, 1891.

Digitized by Google

du malade restait grave. Le 30 août, après anesthésie par la cocaïne, M. Merklen pratiqua l'opération de l'empyème qui donna issue à deux litres de pus, et fit un grand lavage aux deux litres d'eau naphtolée et deux litres d'eau boriquée. Les suites de cette opération furent excellentes. Le malade resta apyrétique du 7 au 18 septembre. A cette époque, il eut une congestion péri-tuberculeuse au sommet du poumon opposé Le 20 octobre, la fièvre cessa complètement. L'état de ce malade était devenu très satisfaisant, il avait engraissé ; le poumon, comprimé dans la gouttière costo-vertébrale, avait subi un mouvement d'ampliation et s'était rapproché de la paroi thoracique. La seule ombre à ce tableau était la persistance d'une fistule broncho-pleuro-thoracique, par laquelle s'écoulaient des gaz et du pus. Le malade passa l'hiver à l'hôpital et reprit ses occupations de mécanicien au mois d'avril dernier. Si l'on ajoute cette observation aux résultats favorables rapportés par Leyden et Guttmann à la Société de médecine interne de Berlin, on voit que la pleurotomie avec ou sans résection costale peut réussir dans le pyo-pneumothorax tuberculeux. De plus, elle ne provoque pas l'éclosion de nouveaux accidents tuberculeux, ainsi que le redoutent les partisans de la non-intervention. Au contraire, elle s'accompagne d'une amélioration générale et permet le développement consécutif du poumon. La fistule thoracique persiste souvent, mais ne paraît pas justiciable des moyens chirurgicaux. Pour que la pleurotomie réussisse dans le pyo-pneumothorax, il faut que les lésions tuberculeuses ne soient ni trop profondes, ni trop étendues. Le pneumothorax lui même doit être récent, parce que, dans le cas contraire, le poumon rétracté et retenu par des adhérences en contact avec la gouttière costo-vertébrale, ne pourrait se rapprocher de la paroi thoracique. Une thoracentèse préalable permettrait de constater si le poumon peut subir une certaine ampliation et reprendre son ancienne situation dans la cavité pleurale.

M Rendu. Il serait dangereux de traiter par l'empyème la plupart des pyo-pneumothorax tuberculeux. En effet, il est difficile de se rendre compte par l'auscultation de l'état exact des lésions dans les deux poumons; elles sont le plus souvent plus étendues que ne l'annonce ce mode d'exploration.

L'intervention peut donner un coup de fouet à des lésions en voie d'évolution, mais ne s'accompagnant pas de congestion péri-tuberculeuse. Il y a donc des réserves à faire à ce sujet.

L'opération lui paraît surtout applicable dans les vieux pyo-pneumothorax. La survivance du malade prouve que l'autre poumon est en état de supporter un traumatisme L'expérience lui a appris que l'on devait intervenir avec défiance dans les cas récents et aigus.

Infection mixte par le bacille typhique et le streptocoque — MM. Vaillard et Vincent. — L'infection simultanée de l'organisme par ces deux bacilles paraît jouer un rôle assez fréquent dans la pathogénie de la mort par la fièvre typhoïde. Sur 16 autopsies, ils ont été trouvés cinq fois associés dans les glandes mésentériques, le foie, la rate, le sang, le système nerveux.

Les exemples de ces infections mixtes peuvent se diviser en deux groupes. Dans l'un (infection secondaire), le streptocoque intervient dans le cours de la maladie et sur un organisme déjà typhisé. Dans l'autre (infection primitive), l'association microbienne se développe d'emblée.

Les premiers cas sont les plus fréquents: une angine, une otite, un érysipèle, etc.. ont été la première manifestation locale du microbe en chaînettes. L'organisme, déjà affaibli par l'invasion du bacille typhique, devient impuissant à détruire par phagocytose le streptocoque et à empêcher ses cultures primitivement localisées. De là, danger d'un envahissement total qui se traduit par une recrudescence des phénomènes généraux. On est tenté de les mettre sur le compte de l'empoisonnement typhique, alors, qu'en réalité, cette recrudescence relève d'une infection surajoutée.

Dans le deuxième ordre de faits, l'association paraît se développer d'emblée et simultanément. Il s'agit d'une septicémie strepto-typhique, d'un pronostic très grave et dont les effets paraissent prédominer sur le système nerveux. L'infection strepto-typhique peut déterminer la fièvre typhoïde sans lésion intestinale, comme MM. Vaillard et Vincent en ont rapporté des exemples. L'examen bactériologique révèle alors la présence du bacille typhique dans tous les viscères et le système nerveux. En même temps, on trouve le streptocoque en grande abondance dans la rate et le cerveau.

Polyurie hystérique et suggestion. — M. Babinski essaye d'établir, par l'observation suivante, que l'hystérie donne lieu parfois à une polyurie permanente, et que comme toutes les manifestations de cette névrose, est justiciable d'un traitement heureux par la suggestion pendant le sommeil hypnotique (1).

H. M.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 novembre 1891

Présidence de M. le Dr Tarnier

M. le Président annonce la mort de M. le Dr H. Roger, ancien président de l'Académie de médecine et de l'Association des médecins de France. La séance est levée en signe de deuil.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Henri Roger

Nous éprouvons le douloureux regret de faire part à nos lecteurs de la mort, — hélas! trop prévue après une longue maladie chronique — de M. le Dr Henri Roger, ancien président de l'Académie de médecine, médecin honoraire des hôpitaux et président universellement vénéré de l'Association générale des médecins de France.

Ce n'est point seulement en quelques lignes, qu'il convient de rappeler et de juger l'œuvre scientifique et professionnelle de M. Henri Roger. Elle est cependant de celles que les tendances de la médecine, qui se croit moderne surtout parce qu'elle le dit, ne doivent point faire tout à fait oublier.

Médecin d'hôpital, praticien avant tout, c'est à l'hôpital que fidèle aux exemples et à la mémoire de ses illustres maîtres Blache et Guersant, notre éminent confrère vécut et professa. Son enseignement, libre d'abord, reçut plus tard le titre officiel, modeste et viager de cours complémentaire des maladies de l'enfance.

L'intervention puissante d'un doyen libéral et surtout bien en cour, put seule alors forcer la résistance de ces *encyclopédistes* contre ceux qu'avec trop de dédain ils appelaient les *spécialistes*. C'est toujours ainsi que

(1) Nous ferons remarquer que la question de la polyurie hystérique n'est point nouvelle. (Voir : Lancereaux, thèse d'agrégation, Axenfeld et Huchard : Traité des névroses, 1883, etc., etc). N. de la R.

Digitized by Google

l'histoire se répète — ne le sait-on pas suffisamment? — quand il s'agit de réformes universitaires et de progrès dans l'enseignement.

C'est encore à l'hôpital qu'il prépara, médita et rédigea ses deux œuvres capitales : le *Traité d'auscultation* maintes fois classique, qui porte son nom avec celui de Barth et les *Recherches cliniques sur les maladies des enfants*, ce livre trop peu cité dans ces derniers temps et cependant si riche en féconds enseignements.

L'œuvre professionnelle de M. Henri Roger se résume dans un mot unique : la charité.

Durant ces dernières années, ce noble mot et ce généreux sentiment ont contribué sur les lèvres éloquentes et dans le cœur de son président, nombre de fois réélu, à maintenir la vitalité, hélas, un peu défaillante de l'Association générale. Maintenant que M. Henri Roger n'est plus; il faudra sans doute, dans le programme du futur président de cette grande institution démocratique, écrire à côté de ce mot celui de solidarité.

Il y a peu de semaines, dans sa retraite du Parc-aux-Princes, dans le calme de cette colonie estivale de médecins et d'amis, M. Henri Roger aimait encore à s'entretenir chaque jour de sa chère Association générale et de sa prospérité. En effet, comme cela c'est aux portes de la mort qu'on aime à parler de l'avenir. Espérons qu'on inscrira le nom d'Henri Roger, en lettres d'or, sur le grand livre des bienfaiteurs de cette Association. Il ne faut pas que les vivants de demain fassent oublier les morts d'hier.

En tout cas, ce nom restera profondément gravé dans le cœur de tous ceux qui ont eu l'honneur, dont je me félicite pour ma part, d'approcher quelquefois ce maître aimé et de correspondre avec lui. Que les hommes passent, que les institutions se modifient : c'est loi de progrès et de nature; mais, ne l'oublions pas, Henri Roger aimait à le répéter et l'a prouvé — « Pour la reconnaissance, il n'y a jamais de prescription. »

Et bene apud memorem veteris stat gratia facti.

CH. ELOY.

INFORMATIONS

ÉTRANGER

ALLEMAGNE. — **Les étudiants des Universités allemandes.** — A la rentrée de l'année scolaire qui commence (1891-92), on compte un total de 28,515 élèves immatriculés dans les vingt Universités de l'empire. Sur ce nombre, les étudiants en médecine sont 8,416.

ITALIE. — **Congrès de médecine légale de 1892.** — On se plaint généralement de l'insuffisance de l'enseignement de cette science en Italie, nous écrit un correspondant. Une association nouvelle de Turin, la Société italienne de médecine légale, prend l'initiative d'un Congrès qui se tiendra à Rome en septembre prochain.

Parmi les discussions générales, elle a fait figurer les suivantes sur le programme :

1° Enseignement de la médecine légale et de la jurisprudence médicale dans les Ecoles;

2° Etablissement de cours semblables dans les Universités.

ÉTATS-UNIS. — **Le Congrès pan-américain de médecine.** — Il se réunira, en octobre 1893, à Chicago, sous la présidence de M. William Pepper (de Philadelphie) On assure que les médecins de Rio de-Janeiro, de la Havane, du Mexique, du Vénézuéla, du San Salvador et de Porto-Rico ont promis leur concours.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs Daugaron (de Saint-Martin-Lacaussade); Escard, médecin militaire; Jean, médecin de la marine en retraite.

En Autriche : M. le Dr A. Schauenstein, professeur de médecine publique à la Faculté de Gratz.

En Angleterre : MM. les Drs Henley, assistant de Lister à l'Ecole de médecine des King's College, mort victime de la diphtérie contractée auprès d'un malade et Wharton Jones, professeur honoraire d'ophtalmologie à l'University College d'Edimbourg, et bien connu par ses nombreux travaux en physiologie et en oculistique.

Au Pérou : M. le Dr J.-Maria Romero, professeur d'anatomie et de médecine opératoire à l'Université de Lima.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

AUBRY. — Fracture de la colonne vertébrale : résection, mort (*Lyon Méd.*, 1er nov. 1891, p. 293).

BROCA. — Abcès du grand droit de l'abdomen simulant un abcès du foie (*Gaz. Hebd. de Méd.*, 3 oct. 1891).

BRUNSWICK. — Sarcocèle cancéreux, castration (*Bull. Méd. des Vosges*, oct. 1891).

CASPER. — Cystotomie sus-pubienne pour une hémorrhagie vésicale (*Thérap. Monat.*, sept. 1891).

CONTRERAS. — Lymphadénome (*Bul. medica de Puebla*, 20 sept. 1891).

GAGE (H.). — Nephrectomie pour blessure rénale (*Boston Med. and surg. Journal*, 30 juillet 1891).

GARCIA-GITTANSILLA (S.). — Un cas de fibrome du ganglion de Gasser (*Rev. clinica de los Ospithales*, oct. 1891).

GUIBERT. — Un cas d'ectropion congénital (*Gaz. Méd. de Nantes*, 12 oct. 1891).

LARDIER. — De la diminution du tonus vésical chez les dilatés gastriques (*Bull. Méd. des Vosges*, oct. 1891).

MAYO-ROBSON. — La cholelithotritie dans le traitement des calculs biliaires (*The Med. chronicle.*, oct. 1891, p. 2).

SOLDANI. — Contribution à l'étude de la suture immédiate dans l'épicystotomie (*Riforma medica*, 1er oct. 1891).

BAROCZ. — De la résection de l'intestin (*Arch. f. Klin. chir.*, 1891, t XLII, p 492).

DUPLAY. — Des abcès du sein (*Le Progrès Méd*, 14 nov. 1891).

JERSTER (A.). — Précautions aseptiques et antiseptiques en chirurgie opératoire (*The American Journal of the Med. Sciences*, nov. 1891, p. 485).

LAFOURCADE. — De la gastrotomie dans le rétrécissement fibreux de l'œsophage et en particulier de la gastrotomie sans obturation et sans sonde à demeure (*Gaz. Hebd.*, 14 nov. 1891).

LANDOW. — De la colotomie iliaque (*Cent f. Chir.*, 1891, n° 30, p. 379).

THOMPSON. — Diplopie monoculaire double (*Ophth. Review*, sept. 1891).

Le rédacteur en chef, co-gérant : C. ELOY.

PARIS.—IMP. CHARLES SCHLANDER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE · N° 48 · 25 NOVEMBRE 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, BÉCLÈRE, BROCQ, DEMELIN, DU CASTEL, GINGEOT, Charles MAURIAC, PICQUÉ Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

AVIS. — Nos abonnés nouveaux pour l'année 1892 recevront gratuitement le journal jusqu'au 1er janvier prochain.

REVUE GÉNÉRALE

(MALADIES DES ENFANTS)

L'alcoolisme dans l'enfance

Alcoolisme personnel. — Hérédité alcoolique.

S'il est une cause importante de mortalité des jeunes enfants, et partant de dépopulation, c'est la méthode déplorable d'élevage qu'on a dans beaucoup d'endroits et il semble vraiment étonnant que les principes d'alimentation rationnelle n'aient pas triomphé des préjugés absurdes, des commérages que nous entendons ressasser aux consultations. A qui de nous, je ne dis pas une nourrice, mais une mère bien intentionnée pourtant, n'a-t-elle pas répondu quand nous lui demandions à quels intervalles elle donnait le sein ou le biberon à son bébé : « Mais, monsieur, toutes les fois qu'il crie » ? Combien de fois ne nous a-t-on pas dit, lorsque nous nous informions des aliments donnés à des enfants, souvent de moins de deux ans : « Il mange comme nous. » ? Il mange comme nous, cela veut dire que le lait n'est plus donné, que l'enfant reçoit de la viande, du lard, des choux, des pommes de terre plus ou moins grossièrement apprêtées, qu'il boit du vin à discrétion, voire même du café et des liqueurs, alors que jusqu'à trois ans, l'alcool ne doit compter exclusivement que comme médicament ; ce qui est encore plus curieux, c'est que ce fameux « il mange comme nous », on vous le dit avec l'amour propre d'une mère toute fière de sa progéniture ou d'un père qui pense ainsi donner de la force à son enfant.

Avec de tels errements, on s'étonnera peu du nombre des troubles digestifs. Mais si les aliments mal appropriés à l'âge de l'enfant retentissent sur l'appareil gastro-intestinal et sur le développement général, en provoquant l'athrepsie, le rachitisme etc., l'usage prématuré de l'alcool, sous quelque forme que ce soit, et à plus forte raison l'abus des spiritueux entraînent des troubles qui portent principalement sur le système nerveux et en particulier sur les régions du cerveau qui régissent les facultés intellectuelles.

L'enfant reçoit parfois l'alcool d'une façon indirecte ; c'est la nourrice mercenaire, la mère même, qui fait abus de spiritueux et dont l'intempérance est préjudiciable au nourrisson, par l'alcool qui passe dans son lait ; ce peut être le lait de vache qui sert à l'allaitement artificiel, provenant d'animaux nourris avec les résidus de betterave fermentée des distilleries ; mais l'enfant reçoit aussi directement la boisson alcoolique qu'une main coupable mêle au lait du biberon pour obtenir la tranquilité au prix de l'enivrement du bébé.

Chez le nourrisson les résultats de ce régime pernicieux ne se font pas longtemps attendre, l'insomnie, l'agitation et les convulsions montrent l'atteinte du système nerveux par le poison, les troubles digestifs celle de l'appareil gastro-intestinal, l'arrêt de développement celle de la nutrition générale.

La suppression de la cause, le changement de la nourrice, arrêtent vite les convulsions ; les fonctions digestives reviennent moins rapidement à l'état normal. Il faudra toujours surveiller les nourrices à ce point de vue dans les familles et penser à l'alcool, avant de faire un diagnostic de méningite chez les nourrissons.

M. Demme (1), cite l'observation d'une petite fille de deux mois et demi dont la mère absorbait de 200 à 250 grammes d'eau-de-vie. Après quelques jours d'insomnie et d'agitation, apparaissent de violents accès de convulsions généralisées, qui durent chacuns cinq à dix minutes, se terminent par de la contracture tétanique, puis de la résolution. On met l'enfant 48 heures au lait de vache coupé, on l'enveloppe de compresses chaudes, on lui donne des bains également chauds ; les convulsions cessent complètement. La mère redonne le sein, et bien qu'on ait vidé le lait à l'aide d'un tire-lait, les convulsions reparaissent si bien qu'on est obligé d'enlever judiciairement son enfant à cette femme ; à l'hôpital il n'y a plus de convulsions ; sa dyspepsie cède plus lentement, mais il finit par se développer normalement.

Sur les enfants plus âgés, l'influence de l'alcool se montre avec prédominance sur le système nerveux ; l'appareil digestif souffre moins.

L'épilepsie vient la première par ordre de fréquence ; son apparition peut se faire brusquement à la suite d'une trop copieuse libation, comme c'était le cas chez un jeune garçon de dix ans qui, profitant de l'inattention de ses parents, absorba en une heure une bouteille entière de vin rouge. Il tombe ivre-mort, puis, au bout de quelques heures, pousse un cri et fait une attaque complète d'épilepsie. Depuis cette époque il avait une crise tous les 8 ou 10 jours, la nuit. Le bromure de potassium à la dose de 1 gr. à 1 gr. 50 empêchait l'accès, mais un exanthème bromique psoriasiforme fait suspendre le médicament ; l'épilepsie reparait. On reprend le bromure de potassium, mais à l'état de pureté absolue, et on baigne

(1) Ueber die Einwirkung des Alcools auf dem kindlichen Organismus (*Wiener medizinische Blætter* 1891. N° 3-4-5).

Digitized by Google

régulièrement le malade; M. Demme obtient ainsi la guérison.

Mais au lieu de s'attaquer aux régions motrices du myélencéphale, l'alcool peut porter toute son action sur les centres psychiques, troubler les facultés intellectuelles et affectives et créer toute une série de psychoses toxiques, les *psychoses alcooliques* se traduisant par des symptômes divers.

Chez un des petits malades de M. Demme âgé de dix ans et demi, et que son père avait rendu alcoolique en le gorgeant pendant deux mois de liqueurs, de vins généreux, (150 à 250 grammes de malaga) sous prétexte de le fortifier, erreur très répandue dans le public, l'intoxication se traduisit par de l'amnésie. Il lui arrivait d'oublier son nom, sa demeure, de ne plus reconnaître ses parents éloignés qu'il ne voyait que de temps en temps, de ne plus savoir exactement l'usage de tel ou tel ustensile journalier. L'abstention sévère de toute liqueur fermentée, une cure d'air dans les montagnes remit tout en ordre. Un peu de bière prise intempestivement compromit un moment la guérison que donna l'abolition complète de l'alcool.

On a rencontré le délirium tremens dans les mêmes conditions.

Notons que, dans tous les faits précédents, il s'est agi d'enfants issus de parents non alcooliques au moment de la conception; mais chez les sujets nés d'alcooliques, l'intoxication des générateurs marque les produits du sceau indélébile de la dégénérescence, fait beaucoup plus grave au point de vue de l'avenir de l'espèce.

M. Bourneville a montré (1) pour l'épilepsie et pour l'idiotie, la grande part étiologique qu'il fallait faire à l'état d'ivresse aigüe au moment de la conception dans le développement de la maladie à côté de celle qui revient à l'intoxication chronique.

L'usage prématuré de l'alcool et l'hérédité alcoolique sont les facteurs principaux du développement des maladies du système nerveux, en particulier : les convulsions, l'épilepsie, la chorée, l'hystérie (2), l'incontinence d'urine, la peur nocturne, les psychoses diverses, dipsomanie, etc., les affections chroniques du cerveau et de la moelle, le diabète insipide. Les héréditaires alcooliques donnent les enfants arriérés, atteints de troubles de la parole, d'imbécillité, d'idiotie, de cachexie pachydermique (Bourneville) ; c'est chez eux qu'on rencontre des sourds-muets, des becs de lièvre, des strabiques, des pieds-bots. Ils sont probablement moins résistants aux maladies contagieuses.

En somme, les jeunes alcooliques ainsi que les alcooliques héréditaires portent les stigmates des dégénérés.

M. Demme nous met sous les yeux la réalité de ces constatations par la comparaison entre les enfants issus de parents sains et ceux procréés par les alcooliques rangés par groupe :

1er groupe : alcoolisme chronique du père et du grand-père paternel. 6 familles, 31 enfants ; morts : 8 de débilité congénitale; 7, à deux et trois mois, de convulsions par congestion, œdème célébral, hydrocéphalie aiguë Des survivants : 4, avec hydrocéphalie chronique, pieds-bots, bec-de-lièvre double ; 3 idiots ; 2 avec défauts de prononciation ; 2 rachitiques nains ; 3 épileptiques et dipsomanes. Sur les 31 enfants, 2 seulement complètement sains.

2e groupe : alcoolisme chronique du père : 3 familles, 20 enfants ; morts : 4 de débilité congenitale ; 3 de convulsions ; des autres : 2 idiots ; 2 choréique et imbécile ; 1 épileptique et mélancolique ; 1 avec arrêt de développement. Sur les 20 enfant, 7 normaux.

3e groupe : alcoolisme chronique du père, de la mère et des grands parents des deux côtés : 1 famille, 6 enfants : morts : 3, de convulsions ; 1 idiot, 1 nain, 1 epileptique.

En résumé, sur 57 enfants : 25 morts ou 43,8 0/0 ; 6 idiots, 10,5 0/0 ; 5 nains, 8,7 0/0 ; 5 épileptiques, 8,7 0 0 ; 1 imbécile et choréique ; 5 avec malformations congénitales, 8,7 0/0, etc.

De ces 10 familles, 10 enfants, 17,5 0/0 étaient normalement développés.

Dans 10 familles absolument indemnes d'alcoolisme comprenant 61 enfants, nous trouvons : morts, 3 de débilité congénitale, 2 de gastro-entérite ; des survivants : 2 choréiques ; 2 un peu arrières : 1 bec de lièvre ; 1 spina bifida.

Restent 50 enfants ou 81,9 0/0 sains, au lieu de 17,5 0/0 chez les alcooliques. Ce chiffre contient son éloquence.

Il y a deux ans M. M. Legrain (1) faisait, dans un livre utile à consulter, même pour les médecins qui ne s'occupent pas d'aliénation mentale, une étude de l'alcoolisme de l'enfant, très documentée où nous retrouvons des faits analogues.

Nous y voyons en plus des renseignements sur l'hérédité et les héréditaires.

Dans le chapitre consacré à la descendance des buveurs (page 342), l'auteur nous montre les produits d'alcooliques comme des candidats, et des candidats sûrs de l'élection, à une névrose convulsive quelconque; ces fils de buveurs sont aussi des buveurs « Père buveur, fils buveur » mais aussi « Père buveur, fils convulsivant. »

Comme M. Grenier (2), M. Legrain insiste sur l'alcoolisme paternel ou maternel comme cause unique des convulsions des enfants en bas âge, quelquefois de toute une lignée. Ces mêmes enfants fourniront plus tard des épileptiques ou des hystériques.

Dans les pages intitulées les familles d'ivrogne (page 42) et ivrognerie précoce, il note l'influence néfaste des parents buveurs sur l'ivrognerie et l'ivrognerie précoce des enfants. Telle l'observation d'une petite fille de onze ans, épileptique, issue de grand-père maternel ivrogne, grand'-mère maternelle buveuse, père irascible, se livrant à l'onanisme et qui va un jour à la cave boire au robinet et tombe ivre mort.

Au point de vue thérapeutique l'alcoolisme de l'enfance soulève bien des questions et demande à être

(1) Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.— Comptes rendus du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre T. I. à IX.

(2) Camuset. L'hystérie d'origine hérédo-alcoolique. (*Thèse de Paris* 1891).

(1) Maurice Legrain. Hérédité et alcoolisme, études psychologique et clinique sur les dégénérés buveurs et les familles d'ivrognes. Doin 1889.

(2) Grenier. La descendance alcoolique (*Thèse de Paris* 1887)

Digitized by Google

envisagé dans les diverses catégories. L'alcoolisme personnel sans antécédents familiaux nous trouve tout puissants ; le bébé qui reçoit l'alcool dans le lait de sa mère ou de sa nourrice, l'enfant qui use prématurément de l'alcool, doivent tous deux guérir, d'autant mieux que le médecin aura plutôt dépisté l'intoxication. Et pour cette cure, nul besoin d'un grand arsenal pharmaceutique ; il suffit d'un régime lacté sévère, d'une défense absolue et immédiate de l'alcool, qui n'a pas les quelques inconvénients qu'elle peut occasionner chez l'adulte, du grand air, d'un peu de bromure de potassium, alternant parfois avec l'iodure, d'un peu d'hydrothérapie, selon l'âge. Mais il faut agir fermement, les demi-mesures ne servent de rien. S'il est besoin on exigera la séquestration.

L'alcoolisme personnel, doublé d'hérédité, dicte déjà un pronostic plus réservé, même lorsque l'influence se fait peu sentir, « de la synergie de l'alcoolisme et de l'hérédité, nous dit M. Legrain dans sa deuxième conclusion, résulte une singulière aggravation des processus hérédo-pathologiques ». En effet ici nous n'avons plus affaire à des éléments nerveux, pour ne parler que d'eux, vierges de toute tare, subissant l'action de l'alcool, mais à des éléments frappés de dégénérescence dès leur formation. Notre intervention pourra beaucoup sur l'élément acquis, peu sur l'héréditaire. Mais encore ici, les résultats seront assez satisfaisant, en combinant la thérapeutique avec l'éducation.

Contre les pauvres dégénérés, boucs émissaires de l'hérédité, il faut bien l'avouer, notre action se limite forcément à une amélioration souvent notable, mais, somme toute, amélioration.

Pour ces derniers, l'intervention sera peu pharmaceutique et pour arriver à un résultat il faut que la médecine et la pédagogie combinent leurs efforts soutenus.

Mais si notre puissance se heurte aux faits accomplis, si nous ne pouvons refaire des organes atrophiés, ni des cellules cérébrales de mauvaise qualité, nous pouvons favoriser l'orientation normale de celles qui ne sont pas irrémédiablement déchues, car à la naissance, le cerveau n'a point terminé son développement. Un enfant d'alcooliques étant né, la prophylaxie consistera à écarter toute cause d'irritation nerveuse, à élever l'enfant dans le calme, l'isolement, à interdire à la mère de nourrir, si celle-ci est alcoolique; il est inutile de laisser l'enfant soumis à la même influence néfaste du toxique, que nous ne pouvons empêcher pendant la gestation. Plus tard on ne fatiguera pas le cerveau du jeune sujet, on recommandera l'exercice et le grand air, les climats doux, surtout on bannira, outre l'alcool, tous les excitants, thé, café, etc., l'on usera largement de l'hydrothérapie et des stations balnéaires sédatives : Néris, Lamalou, Balaruc, Royat, mais surtout pas de bains de mer, pas de stations excitantes, sulfureuses, salines fortes, à moins d'indications toutes spéciales.

Dr H. Gillet.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. *L'antisepsie intestinale.* — II. *L'avortement syphilitique ; son traitement préventif.*

I. **L'antisepsie intestinale.**—Depuis longtemps on parle d'antisepsie intestinale, (on en abuse peut-être un peu !) et il me paraît utile de résumer ce que tout praticien doit savoir à ce sujet.

Qu'est-ce que l'antisepsie intestinale ? Quelles sont les conditions d'un bon médicament antiseptique de l'intestin ? Comment réaliser cette antisepsie ? Telles sont les trois questions à résoudre.

a.) Qu'est-ce que l'antisepsie intestinale ? On sait qu'à l'état normal, la matière fécale renferme des produits toxiques qui sont le résultat de fermentations putrides s'opérant dans le tube digestif. Ces produits toxiques ne produisent pas d'accidents, grâce à la lenteur de leur absorption, à l'intégrité du foie qui les détruit, et du rein qui les élimine. Il en résulte que l'antisepsie intestinale trouve son indication, à la fois dans les maladies du tube digestif, du foie et du rein. Mais pour les premières, il y a,— comme l'a dit M. Bouchard — « d innombrables degrés dans l'intoxication d'origine intestinale, depuis l'embarras gastrique jusqu'au botulisme... et depuis la constipation simple jusqu'à l'obstruction intestinale. »

Le but de l'antisepsie de l'intestin est donc de combattre les menaces ou les accidents d'intoxication résultant de l'exagération de fermentations putrides ou de la production de fermentations anormales du tube digestif. Considérable est le nombre de maladies dans lesquelles cette antisepsie est indiquée : maladies de l'estomac et de l'intestin, fièvre typhoïde, péritonite tuberculeuse, fractures du maxillaire dans lesquelles le malade avale du pus, cancer du larynx et de l'œsophage, gangrène pulmonaire, kystes du foie ouverts dans les voies digestives, ictère, calculs biliaires, cirrhose, atrophie jaune aiguë du foie ; maladies du rein, surtout lorsqu'elles sont arrivées à la période urémique. Il n'est pas jusqu'aux maladies de la peau (acné indurata, acné rosée, furonculose, etc.) qui ne puissent être favorablement influencées par l'antisepsie intestinale, et l'on a vu des furonculoses très tenaces ne devoir leur disparition définitive et assez rapide qu'à l'emploi de cette médication.

b.) Conditions d'un médicament antiseptique de l'intestin. L'antisepsie des voies digestives peut d'abord être réalisée par ce que les anciens appelaient la médication évacuante : purgatifs, vomitifs, auxquels on peut joindre les lavages de l'estomac. L'antisepsie du gros intestin peut être réalisée par les lavements additionnés de l'un des antiseptiques que nous allons signaler (naphtol, bétol, salol, etc.) M. Bouchard recommande le lavement d'un litre d'eau à 38° avec addition de 5 grammes de borate de soude, et de deux à trois cuillerées à café d'un mélange à parties égales de teinture de benjoin et d'alcool camphré.

Quant aux antiseptiques médicamenteux, ils doivent réaliser les deux conditions suivantes pour produire leurs effets :

Digitized by Google

1° Ils doivent être insolubles ou peu solubles : car, dans le cas contraire, ils ne pourraient agir comme antiseptiques de la surface intestinale puisqu'ils seraient promptement absorbés ;

2° Ils doivent être à l'état pulvérulent pour pouvoir se mettre en contact avec la plus grande partie de la muqueuse.

Ajoutons qu'il est préférable de les prescrire à doses fractionnées afin que cette muqueuse en soit imprégnée plus souvent et plus longtemps.

c.) *Comment réaliser l'antisepsie intestinale?* J'ai déjà parlé de la méthode évacuante. Mais celle-ci est insuffisante, et l'antisepsie intestinale est réalisée par des médicaments qui remplissent les deux conditions précédemment exposées. Parmi eux, il faut citer l'iodoforme, le salicylate de bismuth, le salol, le bétol (ou salicylate de naphtol), le naphtol, le charbon, le benzonaphtol, etc.

Voici quelques formules dont je recommande l'emploi :

1° Naphtol B ..... } ãã 6 gr.
Salicylate de bismuth..... }
Magnésie anglaise..... }

Pour 20 cachets. 4 à 5 cachets par jour, dans la furonculose, les maladies de la peau, etc.

2° Bétol ..... } ãã 4 gr.
Salol ..... }
Bicarbonate de soude ..... }
Magnésie anglaise ..... }

Pour 20 cachets. Un cachet au milieu de chaque repas, trois ou quatre fois par jour dans certaines dyspepsies.

3° Naphtol B..... 20 gr.
Salicylate de bismuth..... 10 gr.

Pour 40 cachets. Un cachet toutes les 3 heures dans la fièvre typhoïde.

4° Salicylate de bismuth ..... 5 gr.
Salol..... 10 gr.
Charbon..... 15 gr.

Pour 30 cachets. Un cachet toutes les 3 heures dans la fièvrs typhoïde.

6° Bétol..... } ãã 4 gr.
Salol..... }

Pour 40 cachets. 4 à 6 cachets par jour dans la fièvre typhoïde.

Je rappelle que le bétol (ou salicylate de naphtol) est, pour moi, le meilleur antiseptique intestinal que l'on puisse employer dans la médecine infantile, surtout chez les enfants qui ne peuvent avaler des cachets en raison de leur trop jeune âge. Le bétol étant à peu près dépourvu de saveur peut être incorporé à leur insu dans le lait ou dans les aliments. J'emploie le bétol (1) depuis longtemps déjà, de préférence aux naphtols, auxquels il est certainement supérieur. Quant à ces derniers, il faut toujours se rappeler que le naphtol A est plus antiseptique et moins toxique que le naphtol B.

Enfin, dans ces derniers temps, on vient de produire un nouvel antiseptique intestinal : le *benzoate de naphtol*, ou *benzonaphtol*. Ce corps se présente sous forme d'une poudre cristalline blanchâtre, sans saveur ni odeur, insoluble dans l'eau, un peu soluble dans l'alcool, plus soluble dans le chloroforme qui est son meilleur dissolvant (à 15 degrés, 100 gr. de chloroforme en dissolvent près de 30 gr.). Introduit dans le tube digestif, le benzonaphtol se décompose en naphtol B qui reste dans l'intestin et en acide benzoïque dont une partie se transforme dans l'économie en acide hippurique; ces deux acides s'éliminent par l'urine, après s'être combinés aux bases alcalines (1) (Berlioz et Yvon). Le benzonaphtol a une grande supériorité sur les naphtols et même sur le bétol : il est sensiblement diurétique. De plus, comme ce dernier, il est sans saveur, et doué d'une faible action toxique. Sa place est donc marquée dès maintenant parmi les antiseptiques intestinaux. Chez l'adulte, on peut atteindre la dose de 5 gr. par jour, et de 2 gr. chez l'enfant. Mais, comme je l'ai dit plus haut au sujet du mode d'administration des médicaments antiseptiques de l'intestin, le benzonaphtol doit être plutôt prescrit à doses fractionnées et répétées. Chez les enfants, qui ne peuvent avaler de cachets, on peut donner 5 à 10 centigr. de benzonaphtol toutes les deux heures dans un peu d'eau sucrée. Chez l'adulte, on peut prescrire les cachets suivants :

Benzonaphtol..... 10 gr.

Pour 40 cachets. Un cachet toutes les deux heures pour assurer l'antisepsie intestinale.

II. **L'avortement syphilitique ; son traitement préventif.** — La statistique donne une moyenne de 35 avortements pour 100 accouchements de femmes syphilitiques, et il est démontré que la répétition des avortements chez la même femme est un signe révélateur d'une syphilis paternelle ou maternelle ignorée. C'est ainsi que Kassowitz et Porak ont, chacun de leur côté, observé 9 et 10 avortements de suite chez des syphilitiques. D'un autre côté, on sait que le père peut transmettre la syphilis au fœtus sans contaminer la mère. *Fit morbus hereditarius et transit a patre ad filium*, disait Paracelse. Mais, il est utile de savoir cependant que la syphilis paternelle cause moins d'avortements que la syphilis maternelle.

Sur 43 unions où le père était seul syphilitique et qui fournirent 105 enfants, il y a eu 25 avortements et 80 naissances à terme avec syphilis. Proportion : 24 0/0.

Sur dix cas où la mère était seule syphilitique, il y eut 40 grossesses, 18 avortements, 22 naissances à terme avec syphilis. Proportion : 45 0/0.

Sur 23 cas où les deux parents étaient syphilitiques, il y eut 76 grossesses, dont 39 avant terme. Proportion : 51 0/0.

Il faut savoir que cette transmissibilité héréditaire de la syphilis peut encore s'exercer dix, quinze ot même vingt années après le chancre initial, et qu'elle est favorisée par un traitement insuffisant ou incomplet. Il faut savoir encore que la grossesse exerce chez la femme une influence défavorable sur la syphilis, qu'elle active la production de syphilides, qu'elle donne un coup de fouet à une diathèse latente ou endormie, qu'elle favorise

(1) Voir *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1891, n° 2).

(1) *Répertoire de pharmacie*, 10 novembre 1891.

Digitized by Google

le développement d'accidents syphilitiques, et qu'enfin elle en augmente la durée.

Il résulte de ces données importantes, bien établies dans la thèse de Le Grand, et surtout dans le livre si remarquable et si suggestif de M. Fournier sur l'*hérédité syphilitique* (1), que la syphilis doit être très sérieusement traitée, d'une façon préventive, chez le père ou la mère syphilitique, même lorsqu'ils ne présentent alors aucun accident. Car, ainsi que le dit l'éminent médecin de l'hôpital Saint-Louis, l'hérédité syphilitique ne se traduit pas simplement par des avortements répétés, ou encore par des manifestations d'ordre syphilitique, « la syphilis ne fait pas que de la syphilis » ; elle peut encore amoindrir la résistance vitale, créer des arrêts de développement, donner naissance à des enfants chétifs, malingres, incapables de vivre (cachexie fœtale, troubles dystrophiques généraux ou partiels, tels que : lenteur de croissance générale, d'évolution dentaire, retard de la marche, retard dans l'avènement de la puberté, infantilisme, prédisposition aux maladies du système nerveux, etc.). Et cette hérédité syphilitique, au dire de quelques auteurs, peut se transmettre jusqu'à la deuxième génération, c'est-à-dire rendre le petit-fils tributaire de la syphilis de l'aïeul !

Voici, d'après M. Fournier, un tableau montrant les heureux résultats du traitement :

	MORTALITÉ par hérédité paternelle	MORTALITÉ par hérédité mixte
Traitement nul.....	59 0/0	82 0/0
Traitement court.....	36 0/0	85 0/0
Traitement moyen....	21 0/0	36 0/0
Traitement prolongé..	3 0/0	»

D'où la conclusion : *Le traitement constitue par excellence un correctif, un neutralisant de l'influence héréditaire de la syphilis.*

Donc, il faut soumettre le père syphilitique, et la mère, *même lorsqu'elle est saine*, au traitement spécifique pendant sa grossesse. C'est là de la prophylaxie fœtale, et même c'est de la thérapeutique importante au point de vue social, puisque les avortements syphilitiques sont une des grandes causes de la dépopulation.

Pour terminer cette revue, voici un fait rapporté par Ribemont-Dessaignes, consulté par un jeune ménage :

Le mari a eu, il y a dix ans, une syphilis qu'il a mal soignée. La jeune femme a déjà eu quatre grossesses qui se sont terminées toujours par des avortements. Derechef, la voici enceinte depuis quelques semaines. L'accoucheur consulté explique ces fausses-couches successives par la syphilis du mari. En conséquence, il prescrit un traitement spécifique à la jeune femme malgré son état de grossesse, malgré les troubles digestifs *qui ne sont, en aucune façon, une contre-indication à ce traitement*, traitement constitué par l'administration alterne de pilules de proto-iodure et de sirop de Gibert pendant tout le temps de la grossesse. Résultat : accouchement à terme d'un bel enfant qui, aujourd'hui, âgé de deux ans et demi, ne présente pas le moindre accident de syphilis.

On le voit, cette question est importante pour le praticien, et il était utile de formuler une fois de plus des indications thérapeutiques dont la précision ne peut laisser de place au doute.

HENRI HUCHARD.

(1) La syphilis, cause d'avortement, par H. LE GRAND (*Thèse de Paris*, 1889). — L'hérédité syphilitique, par FOURNIER (un vol. in-8° de 421 pages, chez Masson, 1891).

ENSEIGNEMENT CLINIQUE DES HOPITAUX

(MALADIES DES ENFANTS)

Hôpital des enfants malades. — M. le Dr GRANCHER. I. *Le pronostic de la coqueluche.* — M. le Dr J. SIMON. II. *Du pronostic des maladies de l'enfance.* — M. le Dr D'HEILLY. III. *Diagnostic de la fièvre typhoïde et de la méningite.*

I. **Le pronostic de la coqueluche.** — Les signes que fournissent l'observation d'une quinte et l'auscultation chez un coquelucheux sont précieux pour le pronostic et par suite pour le traitement. Une petite fille, qui est depuis quelques jours dans le service de M. GRANCHER, n'a eu, pendant son séjour à l'hôpital, qu'une seule quinte, sans reprise. Seules les ulcérations caractéristiques de la base de la langue, au niveau du frein, ont permis de faire le diagnostic. L'enfant tousse ; à l'auscultation on entend de gros râles crépitants, mais l'état général est bon et la coqueluche sera bénigne.

Le coquelucheux doit être examiné à un triple point de vue : signes fournis par l'auscultation, symptômes nerveux, observation de la quinte.

La coqueluche est un catarrhe, une laryngo-trachéo-bronchite, mais en même temps c'est une névrose : l'inflammation des bronches se complique d'un élément nerveux caractérisé par la quinte. C'est la bronchite qui doit principalement préoccuper le médecin, bien que l'enfant puisse être suffoqué par sa quinte et mourir subitement asphyxié, ce qui se voit assez souvent, et bien que chez les tout petits enfants les convulsions soient fréquentes et dangereuses aussi ; mais plus nombreuses encore et plus redoutables sont les complications pulmonaires : bronchite capillaire, catarrhe suffocant, broncho-pneumonie, broncho-pleurésie. Aussi l'auscultation doit-elle être pratiquée souvent, avant et après la quinte. Avant la quinte on entend des râles ronflants et sibilants dispersés et quelques râles muqueux. Après la quinte, suivant la gravité des cas, ou les râles persistent avec une légère diminution d'intensité, ou bien, ce qui est bon signe, tous les râles ont disparu.

De là ressortent des indications thérapeutiques. Si l'expectoration se fait péniblement, si les râles persistent après la quinte on donnera un vomitif, d'après la formule :

Sirop d'ipéca. ..... 30 grammes.
Poudre d'ipéca..... 0,30 à 0,50 centigr.

par cuillerée à café toutes les cinq minutes jusqu'à vomissements, sans toutefois dépasser cinq cuillerées.

L'enfant vomit généralement après la première ou la seconde cuillerée. Il y a contre-indication quand l'enfant est affaibli et cachectique. Le vomitif doit, de plus,

Digitized by Google

être donné trois heures au moins après la tétée ou le repas.

C'est une opinion, parmi beaucoup de médecins et dans le grand public, que la coqueluche doit être traitée au grand air. M. Grancher pense que cette méthode est très dangereuse, et qu'il vaut toujours mieux garder les enfants au lit, surtout quand l'affection s'accompagne d'un mouvement fébrile. C'est vers la fin de la maladie que, si le temps est beau, le grand air et surtout le changement d'air auront des résultats favorables pour le coquelucheux déjà convalescent.

Enfin la qualité de la quinte elle-même est une indication précieuse pour le traitement de la coqueluche. Les quintes sont dangereuses quand elles sont longues, et quand l'enfant ne se débarrasse pas complètement de ses glaires. La sonorité de la toux, la vivacité de la reprise sont en général d'excellents signes, car ils prouvent que l'air entre et sort facilement. Mais tous ces symptômes sont dominés, au point de vue du pronostic, par la présence ou l'absence de la fièvre, qui fait craindre les complications pulmonaires toujours graves.

II. **Du pronostic des maladies de l'enfance.** — On conçoit facilement de quelle importance, pour le médecin, est le pronostic, sombre ou bénin, des maladies des enfants. Rien n'est plus difficile cependant que de prédire ainsi l'avenir.

Pour le diagnostic on a des éléments. Ainsi que le fait observer M. Jules Simon, le pronostic chez l'enfant se complique de la difficulté que l'on a d'apprécier la résistance du malade et la gravité des symptômes. En général, on a toujours tendance à assombrir le pronostic chez les enfants : il doit être, au contraire, moins sévère que chez l'adulte ; il doit être aussi, — ce qui s'admet presque sans discussion, — moins sévère en ville qu'à l'hôpital. Que l'on ait affaire à des maladies presque toujours fatales : pneumonie greffée sur la tuberculose, dothiénentérie à forme méningitique, il ne faut jamais désespérer, même quand l'issue paraît indubitablement fatale.

Il y a deux éléments principaux sur lesquels on peut se baser pour le pronostic : Ce que l'on sait au point de vue scientifique. Par exemple : tout diphtéritique qui a de la fièvre est un diphtéritique grave. Ce que l'on sait par le malade lui-même dans chaque cas particulier. Par exemple, si l'examen bactériologique démontre qu'une plaque de diphtérie est riche en bacilles, le petit malade court de grands dangers. Dans ce cas le pronostic peut être fait à distance, sans avoir vu l'enfant, à l'aide seulement du microscope.

Le pronostic est donc fondé : 1° sur la science, la pathologie même ; 2° sur un certain nombre d'éléments d'appréciation qui peuvent se résumer ainsi :

L'âge du malade. — La maladie est elle primitive ou secondaire ? (A l'hôpital toute maladie secondaire est mortelle : il n'en est pas de même en ville). — La température — L'état du pouls — L'état des forces, (renseignement important entre tous, l'adynamie étant le plus redoutable de tous les symptômes). — L'état des sécrétions. — L'ordre de groupement de tous les signes qui viennent d'être énumérés. — Les conditions d'hérédité. — Enfin le climat et le milieu dans lesquels vit le malade. Le pronostic, ainsi que cela a déjà été dit, diffère suivant que le malade est en ville ou à l'hôpital.

Certes, au point de vue humanitaire, on a bien fait de créer des services d'isolement pour les contagieux ; mais on a par là même créé des foyers d'infection. L'hôpital lui-même est un mauvais milieu : les jeunes gens qui y entrent pour la première fois y sont fort exposés s'ils ne jouissent pas de l'immunité ; que sera-ce donc pour les petits malades déjà souffrants et par là en état de réceptivité.

MM. Grancher et Sevestre se sont déjà occupés de cette question. La rougeole, la scarlatine, la diphtérie ne règnent plus dans les salles, comme au temps où elles en faisaient périodiquement le tour, mais depuis qu'ils sont isolés, les enfants meurent presque tous de broncho-pneumonie. Ils se trouvent transportés dans un milieu à streptocoques : la maladie a prédisposé leurs poumons et ils contractent à peu près infailliblement l'infection secondaire qui les emporte.

Le pronostic n'est pas le même en ville ; les complications pulmonaires sont plus rares chez les rubéoleux. Dans les services d'hôpital c'est cette complication qui fait monter la mortalité à 42 ou 43 0/0. Dans certains cas cependant, quand il y a dans une famille plusieurs enfants atteints de rougeole, que l'un deux contracte la broncho-pneumonie, elle gagne fatalement les autres malades, ce qui vient encore à l'appui de la thèse de M. Simon.

Le pronostic est donc toujours grave à l'hôpital, surtout dans les services d'isolement. Dans la clientèle, au contraire, on ne doit pas désespérer, même en présence d'un malade qui semble perdu.

III. **Diagnostic de la fièvre typhoïde et de la méningite.** La fièvre typhoïde, si distincte de la méningite par sa nature et ses localisations, peut dans quelques cas lui emprunter des traits qui masquent le diagnostic.

Un enfant âgé de 6 ans 1/2 entre, le 17 novembre 1891, dans le service de M. d'Heilly te Maussade, triste et sans appétit depuis une dizaine de jours ; il a été pris, le 11 novembre, d'un accès de fièvre, précédé de frissons, et s'est mis au lit pour se relever le lendemain.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels d'une valeur quelconque, sauf un écoulement intermittent de l'oreille droite, qui est brusquement supprimé dans les derniers jours.

Le 13, l'enfant prend le lit définitivement ; il a de la toux et de la diarrhée. Le 15, délire de paroles durant quelques heures ; réveils en sursaut et vociférations. Pas d'épistaxis ni de vomissements. Sur l'existence du mal de tête, on ne peut rien affirmer, un enfant de 6 ans ne rendant guère compte de ses sensations.

Le 17, à l'hôpital, abattement extrême qui ne va pas jusqu'au coma ; face pâle, légèrement grippée, paupières à demi-closes, la gauche paraissant plus abaissée, fait songer au ptosis. Pupilles non dilatées et égales ; par instants, légère asymétrie des axes visuels que révèle un strabisme passager. Les mouvements de la face accusent

Digitized by Google

une minime déviation à droite de la commissure et une dépression plus marquée du sillon naso-labial correspondant. Examen de l'apophyse mastoïde droite négatif : ni douleur provoquée, ni gonflement de la région. Narines pulvérulentes, lèvres fuligineuses, langue sèche, mais non rôtie, pas d'alternatives de rougeur et de pâleur. Raideur marquée de la nuque, mouvements de latéralité de la tête difficiles, légère rigidité du tronc, pas de parésie des membres; sensibilité cutanée exagérée.

A l'auscultation du thorax, quelques râles sibilants; ventre normal ou même légèrement ballonné. La pression, même légère, éveille de la douleur, mais sans prédominance dans la fosse iliaque droite où l'on ne trouve pas de gargouillement; il y a donc, semble-t-il, de l'hyperesthésie cutanée. Pas de taches rosées, ni de raie méningitique. La rate percutée avec grand soin ne donne nulle part la moindre obscurité du son, malgré son hypertrophie reconnue à l'autopsie et masquée sans doute durant la vie par le tympanisme. Foie normal, la diarrhée a cessé, depuis deux jours il a de la constipation.

Le 17, température du soir, 40°; le 18, au matin, 41°; pouls 15°, sans irrégularités ni intermittences; respiration 50°; soupirs fréquents; le 18, au soir, T. 40°. Le 19, au matin, débâcle intestinale. Dans la nuit du 19 au 20, l'enfant tombe dans le coma et meurt.

Autopsie. Méninges et encéphales normaux. A l'ouverture du ventre, anses intestinales très dilatées; rate très volumineuse, noire; foie graisseux, de dimensions normales. — Reins sains. Dans la dernière moitié de l'iléon plaques de Peyer et follicules clos d'un gris rosé, saillants et tuméfiés, pas d'ulcérations, ganglions mésentériques à peine accusés.

Aux poumons, splénisation moyenne du lobe inférieur droit. — Au cœur, la mitrale présente à son pourtour, à la base des valves, une légère infiltration œdémateuse.

En résumé : Mort rapide après dix jours de maladie et une brusque suppression de l'écoulement d'oreilles.

L'aspect du malade, le ptosis léger, l'hémiplégie faciale gauche et le strabisme à peine esquissés, le délire, l'état semi-comateux, les soupirs fréquents, l'hyperesthésie cutanée, la constipation lors de l'entrée, l'absence d'épistaxis au début, d'intumescence de la rate et du foie, de gargouillements et de sensibilité iliaques, font penser à la méningite tuberculeuse. La gravité de la maladie chez un enfant de 6 ans plaide également pour la même conclusion; la terminaison fatale d'une fièvre typhoïde étant absolument rare à cet âge.

Mais il existe un ensemble de symptômes univoques en faveur de la fièvre typhoïde, et bon nombre de traits manquent au tableau de la méningite :

Les fuliginosités des lèvres, la sécheresse de la langue, le ballonnement du ventre, la diarrhée qui existait avant l'entrée et a reparu depuis, les signes de congestion pulmonaire appartiennent en propre à l'affection typhoïde. L'absence de sensibilité iliaque est ordinaire chez les jeunes sujets qui n'ont guère d'ulcérations des plaques de Peyer, et ne peut être invoquée contre le diagnostic de fièvre typhoïde.

La gravité de l'ensemble symptomatique coïncidant avec une température élevée sont constants dans la fièvre typhoïde grave et ne sont pas le fait de la méningite où se montre, au contraire, une sorte de désaccord entre le degré thermique, relativement bas, et la haute gravité de l'état général. La température de 40° n'est, du reste, guère atteinte dans la méningite qu'aux approches de la mort; celle-ci d'ailleurs ne survient pas si promptement dans la granulie des méninges, mais seulement dans la troisième semaine.

On ne peut se fonder, pour exclure l'affection cérébrale, sur l'absence de la céphalalgie qu'on ne saurait affirmer, mais il manquait, à coup sûr, au tableau les vomissements si caractéristiques, la constipation qui n'a duré qu'un ou deux jours, les phénomènes vaso-moteurs, rougeurs spontanées et raie méningitique, la rareté de la respiration, la lenteur et les irrégularités du pouls, etc.

Ajoutons pour terminer, qu'ici le début a été brusque, tandis que la méningite est d'ordinaire précédée d'une phase assez longue dite de germination, durant laquelle le développement des tubercules se traduit par une déchéance de l'économie. La maladie méningitique est une tuberculose avant d'être une inflammation des enveloppes de l'encephale. Mais ici, en raison de l'origine supposée des accidents par carie du rocher, le début brusque n'était pas pour faire écarter le diagnostic méningite.

Faisons remarquer en terminant l'extrême intensité de l'empoisonnement typhique qui a envahi toute l'économie; c'est lui, bien plus que les lésions locales, qui a déterminé un dénouement si rapidement fatal.

P. Chevillot.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

DERMATOLOGIE

Du favus de la face, par M. E. Rossi. — Il s'agit d'un petit garçon de 7 ans, qui présentait à la région zygomatique droite une lésion croûteuse, ayant débuté par un point jaune et égalant ensuite la largeur d'une pièce de deux centimes. A première vue, on pouvait croire à un impetigo. Certains caractères, la sécheresse de la lésion, la dureté de la croûte, l'unicité de la production morbide laissaient des doutes sur le diagnostic; en effet, à la périphérie de la lésion, on put trouver deux petits disques excavés au centre, ressemblant aux godets faviques (*Riforma medica* 1891, n° 233).

Sous le microscope, et dissociés dans l'acide acétique à 50 0/0, ces petites productions laissaient voir une intrication des mycéliums et des conidies de l'Achorion Schonleinii.

Après avoir fait tomber la croûte par un cataplasme, il restait sur la joue une dépression rouge, entourée de quelques vésiculettes. L'auteur, à ce propos, rappelle le stade initial décrit par Kœbner sous le nom d'herpétique, qui explique l'aspect de la maladie.

Les conditions de développement du champignon, qui ne s'implante qu'au niveau de la couche de Malpighi, soit par infiltration à travers les follicules pilo-sébacés, soit par solution de continuité, font penser que cette dernière hypothèse se trouve probablement vraie pour le cas rapporté. H. G.

MÉDECINE

Recherches sur une substance thermogène de l'urine, par M. Binet. — Depuis longtemps, notre distingué confrère

Digitized by Google

poursuit ses intéressantes expériences sur l'urine humaine. Elles lui permettent d'affirmer dans cette dernière la présence d'une substance thermogène pour le cobaye auquel on l'injecte (*Revue méd. de la Suisse romande*, 20 oct. 1891).

Quelle est cette substance? Vraisemblablement un ferment soluble, susceptible d'être entamé par les précipités amorphes en présence de l'alcool. Elle existe surtout dans l'urine des tuberculeux; avec une activité moindre dans l'urine normale.

Les cobayes tuberculeux sont sensibles à son activité, mais à un degré moindre que les cobayes sains, et surtout les jeunes animaux en lactation.

Injectée sous la peau, cette substance provoque une élévation thermique de 1 à 2 degrés, dont le maximum se produit pendant la troisième heure qui suit l'injection et dure quatre à cinq heures. On ne saurait nier l'intérêt de ces expériences et les analogies de quelques-uns de ces phénomènes avec ceux que l'on a signalés par l'essai de la fameuse tuberculine. S. R.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Du traitement de l'érysipèle par l'ichthyol, par M. Klein. — D'après l'auteur, la durée de la maladie serait réduite de six à trois jours par l'emploi de ce médicament, et l'amélioration se traduirait par la chute presque immédiate de la température (*Berl. klin. Woch*, 28 sept. 1891).

La meilleure préparation est le topique suivant :

Ichtyol..... } àà 10 grammes
Vaseline .... }

En onctions sur la partie malade.

Toutefois, quand la surface érysipélateuse est étendue, il y a lieu d'employer une préparation plus faible, comme la suivante :

Ichtyol..... }
Lanoline.... } àà 10 grammes
Eau..... }

Le topique doit être appliqué sur la peau jusqu'à coloration brunâtre de cette dernière et trois fois par jour. D'après Klein, l'action de l'ichthyol serait celle d'un agent microbicide contre le streptocoque de l'érysipèle. S. R.

Expériences comparatives entre la caféine et le kola, par MM. Monavon et Perroud. — Est-ce à la caféine ou bien au rouge de kola que cette plante emprunte ses propriétés pharmaceutiques? On en discute, et, pour résoudre la question, les auteurs ont administré comparativement à des chiens un poids de caféine ou de rouge de kola égal à celui que contiendrait une quantité correspondante du remède. De plus, mêmes essais avec l'extrait de kola (*Lyon méd.*, 15 nov. 1891).

Voici les résultats obtenus par l'analyse des urines :

Le kola semble un anurétique plutôt qu'un diurétique ; à l'encontre de la caféine, les matériaux azotés (urée et azote total) et les phosphates sont diminués d'une façon très marquée par l'absorption de la poudre de kola, ce qui prouve bien que le kola est un aliment d'épargne, et que cette épargne porte non seulement sur le système musculaire, mais encore sur le système nerveux (phosphates). L'extrait complet produit les mêmes effets que la poudre.

Le rouge de kola a une action peu marquée sur l'élimination des produits azotés ou des phosphates, mais cette action concourt néanmoins au même but.

La caféine a une action analogue à celle du kola sur les déchets organiques. Cette action est inférieure à celle obtenue avec un poids de poudre de kola renfermant cette même quantité de caféine ; ce qui prouve bien que la caféine n'est pas le seul principe actif du kola.

Le kola a une action particulière, qui se traduit par une meilleure utilisation des substances alimentaires ingérées; c'est celle d'un modérateur de la dénutrition. S. R.

De la stérilisation des solutions pour injections hypodermiques, par M. Marinucci. — L'auteur a étudié l'action de la chaleur à 100 degrés dans l'étuve sur la plupart des solutions médicamenteuses employées en injections sous-cutanées. Il avait constaté préalablement que les microbes se développaient dans toutes ces solutions (*Riforma médica*, 15 oct. 1891).

La stérilisation par la chaleur n'altère point les solutions de curare, de strychnine, d'hydrochlorate de quinine, ni de borate, d'eserine. Elle diminue l'action thérapeutique des solutions de morphine et d'atropine; on doit donc employer à doses plus élevées celles qui ont été stérilisées. Elle rend inertes celles du sulfate d'éserine.

On stérilisera donc au bain-marie : 1° la seringue à injection ; 2° les premières de ces solutions médicamenteuses.

Pour les autres, que la chaleur altère, on les additionnera de sublimé dans le rapport de 1 pour 10,000. S. R.

TRAVAUX ORIGINAUX

GYNÉCOLOGIE

Kyste suppuré de l'ovaire droit

Par M. le Dr E. Schwartz,
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

Le fait suivant est un exemple saisissant de ce que peut la chirurgie même dans les cas les plus graves et pour ainsi dire désespérés, le voici (1) :

Obs. — Il s'agit d'une jeune femme de 34 ans, journalière qui au mois de mai dernier était apporté à la Charité dans un service de médecine dans un état très grave.

Elle avait accouché chez une sage-femme trois jours avant puis, subitement, avait été prise le troisième jour d'une douleur très vive dans le ventre, avec ballonnement, vomissements, fièvre, et état général grave. On avait diagnostiqué une péritonite puerpérale.

Ce diagnostic fut confirmé à l'hôpital.

Toujours est-il que les accidents, sous l'influence du traitement s'amendèrent plus tôt, mais la malade conserva toujours le ventre gros, la fièvre continua en oscillant entre 38 et 39 le soir; la malade maigrit de plus en plus et présenta bientôt tous les signes d'une septicémie chronique.

Une dizaine de jours avant notre examen, il était évident par la percussion, aussi par la palpation qu'il existait une collection liquide dans l'abdomen.

Une ponction aspiratrice faite alors amena environ deux litres de pus.

Le 7 août, l'on me pria d'intervenir s'il y avait lieu, plus activement, l'épanchement s'étant reproduit. Entre temps, des accidents très graves avaient reparu. Lorsque je vis cette malade, elle était dans un état de subdélirium, puis de demi-coma, pouvant à peine répondre aux questions qu'on lui posait et dans l'impossibilité de donner le moindre renseignement précis. Elle avait eu 40° de température la veille, son pouls était petit et battait 140 fois à la minute. Le facies était tiré, amaigri, pâle, les yeux enfoncés, les lèvres et la langue sèches.

Le ventre présentait une énorme tuméfaction, mais, chose remarquable pour une péritonite avec épanchement, il bombait en avant et vers le haut au lieu d'être déprimé et de bomber latéralement et son aspect rappelait immédiatement celui d'un abdomen renfermant une tumeur kystique. Je m'informai alors auprès de l'entourage, si avant l'accouchement, pendant la

(1) *Société médico-pratique* : 9 nov. 1891

Digitized by Google

grossesse, l'on n'avait rien remarqué d'insolite chez cette femme, si la sage-femme n'avait pas accusé la présence d'une tumeur surajoutée à l'utérus gravide. Tous les renseignements furent négatifs. De la malade, il ne fallait pas songer à en obtenir davantage. La percussion me permit de délimiter un énorme épanchement certainement enkysté, puisqu'il existait de la sonorité en certains points des flancs

L'état général était si grave que je ne m'attardai pas longtemps à faire un diagnostic plus précis ; la seule chance de salut résidait dans une laparotomie immédiate avec évacuation et drainage de la cavité, en admettant qu'il s'agit d'une péritonite enkystée.

La malade était tellement basse que je craignis de donner du chloroforme et pensai ouvrir la ligne blanche en anesthésiant par la cocaïne.

Transport à l'amphithéâtre d'opération. Injections sous-cutanées d'éther ; précautions antiseptiques d'usage. Anesthésie de la ligne blanche là où a été faite la ponction avec injections intradermiques de chlorhydrate de cocaïne au 1/50e.

Incision de 10 centimètres de longueur divisant couche par couche les plans de la paroi. Nous atteignons, immédiatement en dessous de l'aponévrose, un vaste abcès sous-péritonéal, qui communique lui-même avec une seconde poche, d'où sort, dès qu'elle est ouverte, un mélange de pus et de liquide gélatineux de grumeaux purulents ; il n'y avait plus de doute, nous étions dans une cavité de kyste ovarique suppurée ! Il fallait l'enlever à tout prix, le kyste étant multiloculaire et suppuré dans toutes ses loges. Je fis donner, alors, un peu de chloroforme, en surveillant très attentivement l'opérée. Je mis à nu la paroi kystique adhérente de côté et en haut à la paroi abdominale ; heureusement que ces adhérences étaient relativement molles et ne saignèrent que peu. Je décollai à la main, le plus rapidement que je pus, le kyste suppuré des parois abdominales, des anses intestinales, de l'épiploon qui lui adhéraient plus solidement, Cela ne se fit pas sans qu'une certaine quantité de pus, de gelée et de sang ne s'écoulât dans le ventre. La tumeur fut enfin extraite et nous pûmes constater qu'elle tenait par un pédicule gros comme deux doigts à la corne utérine droite Il fut lié au-dessous d'un clamp, puis sectionné.

Cela fait, je fis la toilette de la cavité abdominale en y faisant passer environ 10 litres d'eau bouillie à 40°, et en épongeant la cavité pelvienne et les flancs. Tout me semble si propre, que je laissai de côté l'idée de drainer, comme j'en avais eu un moment l'intention. Fermeture rapide du ventre à l'aide d'un seul plan de sutures comprenant toute l'épaisseur de la paroi. Le pouls étant à peine comptable, injections alternatives d'éther et de caféine.

Pansement iodoformé, puis 3 vessies de glace.

L'opérée est reportée à son lit, réchauffée... toutes les deux heures une injection d'éther et de caféine alternativement (1 seringue chaque fois).

Nous fûmes agréablement surpris le lendemain de la retrouver plutôt mieux, répondant à nos questions. Pouls encore à 120, température du soir encore à 39°.

Au bout de 3 jours, la température était tombée à 38, puis entre 37 et 38 le 4e, 5e, et 6e jour. Quand le 8e jour, alors que nous pensions tout danger conjuré et que les vessies de glace venaient d'être supprimées, elle fut prise d'un frisson avec ascension de température et tous les signes d'une pleuro-pneumonie droite évidemment de nature infectieuse. Grâce aux vésicatoires répétés et à l'alcool cette nouvelle complication fut conjurée et la malade définitivement guérie. Elle n'est plus reconnaissable quoiqu'elle se plaigne encore actuellement de faiblesse des jambes et de quelques douleurs abdominales dues probablement à des adhérences.

Le fait que je viens de rapporter est intéressant à plusieurs titres.

Voilà une femme qui avait certes son kyste de l'ovaire pendant et même avant sa grossesse ; celui-ci était resté complètement inaperçu, et, l'accouchement terminé, rien n'avait été remarqué. Le kyste s'enflamma et suppura probablement sous l'influence de l'état puerpéral (il n'y avait aucune torsion du pédicule, fait signalé assez fréquemment à propos des kystes ovariques pendant la grossesse et après l'accouchement.)

L'on pensa tout naturellement à une péritonite puerpérale à cause des phénomènes aigus et subits qui éclatent trois jours après la délivrance, du bailonnement du ventre et de la constatation de la présence d'un épanchement. Cependant la malade résiste, point important à signaler, car il est rare de voir une péritonite puerpérale généralisée ne pas tuer les accouchées très rapidement, si on n'intervient pas, comme on l'a fait avec succès pendant ces dernières années.

On retire au bout de deux semaines deux litres et demi de pus. Un signe pouvait cependant mettre sur la voie du diagnostic s'il y avait eu le moindre renseignement à l'appui, c'était celui que j'ai indiqué plus haut et qui m'a frappé dès que j'ai vu la patiente, la saillie en avant du ventre, la matité à convexité supérieure, un peu de sonorité dans les flancs. Quoiqu'il en soit, la seule conduite à tenir dans le cas actuel était celle qui a été suivie. Laparotomie, puis une fois la tumeur découverte son extirpation totale coûte que coûte. Le succès doit nous encourager à agir même dans les cas qui paraissent les plus graves, et le nôtre était certainement de cet ordre ; il semble que le péritoine soit dans ces conditions d'une tolérance tout à fait exceptionnelle et si l'infection n'est pas trop profonde la guérison a lieu.

Les faits analogues ne manquent pas d'ailleurs et celui que je viens de vous signaler doit s'ajouter à eux pour nous donner confiance et audace.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

GYNÉCOLOGIE

I. **Traitement des métrites et des vaginites par l'ichtyol et le thiol.** — Le second de ces produits antiseptiques a l'avantage de ne point posséder l'odeur alliacée du premier. Toutefois, Freund, l'un des initiateurs de ce traitement, prescrit le premier, de préférence :

A l'intérieur (méthode de Freund). — Donner quotidiennement dix dragées d'ichtyol à 10 centigrammes.

A l'extérieur. — Contre l'*endométrite cervicale* : pansement du canal cervical avec un tampon d'ouate imbibé de l'un des glycérés suivants :

Ichtyol ..... 5 grammes
Glycérine neutre.... 60 — (Polacio)

Ou bien :

Thiol..... } àà 30 grammes
Glycérine neutre..... }

Contre les *vaginites* : tamponnement avec les mêmes glycérés titrés à 10 ou 15 pour 100.

Contre les *inflammations péri-utérines salpingites, exsudats), péri ou para-métrites*) : frictions sur l'abdomen avec l'une des pommades suivantes :

Digitized by Google

Ichtyol	10 grammes
Lanoline	30 —

Ou bien:

Ichtyol	1 partie
Savon vert	9 parties

Ou bien:

Thiol	5 grammes
Vaseline	30 —

Il est utile de laisser la pommade sur la peau pendant douze heures environ.

MÉDECINE

II. **Solution hémostatique d'ergotine inaltérable** (Biedert). — Elle convient pour injections hypodermiques :

Ergotine pure	1 gramme
Eau distillée	5 —
Acide phénique cristallisable	0 gr. 01

Le contenu d'une seringue de Pravaz, soit 1 centimètre cube, renferme 20 centigrammes d'ergotine et 2 milligrammes d'acide phénique.

III. **Potion diaphorétique et tonique.** — Elle convient au début des fièvres éruptives et pendant la période d'éruption, quand l'efflorescence exanthématique se produit lentement:

Acétate d'ammoniaque	1 à 4 grammes
Extrait de quinquina	0 gr. 50 à 4 gr.
Alcool	10 à 30 grammes
Sirop simple	40 à 50 —
Eau distillée de menthe	5 —

Dose: une cuillerée à café, de deux en deux heures, pour un enfant de quatre à cinq ans.

N. D.

REVUE DES THÈSES

De la méthode thermo-résineuse appliquée au traitement du rhumatisme apyrétique, par M. le Dr Chevandier (*Thèse de Paris*, 1890).

M. Chevandier trace, ce qui s'explique par le nom qu'il a l'honneur de porter, — un tableau séduisant de la méthode thermo-résineuse dans la cure du rhumatisme apyrétique, particulièrement du rhumatisme chronique. Tout le monde sait combien cette dernière forme de rhumatisme est douloureuse pendant ses poussées congestives, tenace dans ses localisations et rebelle à la plupart des traitements. D'après les observations de M. Chevandier, les bains d'air chaud, chargé de vapeurs résineuses, semblent donner les meilleurs résultats dans les cas de ce genre: leur usage bien surveillé est exempt de dangers; c'est donc là un moyen puissant de sudation et de révulsion cutanée dont nos confrères pourront essayer l'emploi dans le traitement du rhumatisme apyrétique. H. M.

Contribution à l'étude de la muqueuse intestinale. — Remarques sur les villosités, par M. le Dr Benoit. (*Th. de Paris*, 1891).

L'auteur a fait d'intéressantes recherches sur l'aspect des villosités de l'intestin grêle, étudiées soit à la loupe, soit au microscope Nous regrettons qu'il n'ait pas poussé plus loin ses recherches et qu'il ne nous dise rien de la structure des villosités.

Contrairement à l'opinion des auteurs classiques, on n'aperçoit pas à la surface de la muqueuse de l'intestin grêle du chien la moindre trace d'orifices glandulaires. Cette surface est exclusivement constituée par l'extrémité des villosités qui se présentent sous l'aspect d'une mosaïque. Celles-ci sont toutes semblables les unes aux autres; elles ont la même longueur la même forme, le même volume; elles se touchent latérale, ment, n'étant séparées que par des espaces intervilleux linéaires au fond desquels s'ouvrent les glandes de la muqueuse. Leur forme est celle d'un pentagone sur les coupes perpendiculaires. Sur certaines coupes, on surprend l'abouchement des glandes dans les espaces intervilleux. H. M.

Etude sur un cas de molluscum du col utérin, par le Dr Martigny. (*Th. de Paris*, 1891).

L'auteur rapporte une observation de molluscum de l'utérus, remarquable par la rareté du fait et par l'examen histologique complet dont cette tumeur a été l'objet de la part de M. Pilliet. Du volume d'un œuf de poule, faisant saillie en dehors de la vulve, elle s'insérait par une large base sur le col avec lequel elle semblait se prolonger. Enlevée sans difficulté par M. Reclus, cette tumeur était constituée par le col utérin presque entier, principalement par la lèvre antérieure. Celle-ci démesurément allongée ($0^m,18$ de long) et ayant la forme d'une langue de veau, faisait saillie hors de la vulve, constituant presque toute la tumeur. Sur une coupe, sa surface apparaissait bourrée de kystes remplis d'un mucus épais, et dus à l'oblitération des conduits glandulaires de la muqueuse. Au microscope on constatait l'épidermisation complète de tout le col hypertrophié; le stroma était formé de tissu conjonctif lâche, de grosses cellules munies de prolongements étoilés comme celles du tissu muqueux, etc... En résumé, il s'agissait d'une hypertrophie folliculaire énorme portant sur toute la partie externe du col. H. M.

De l'angine herpétique et du zona bucco-pharyngien, par M. le Dr Pouzin. (*Thèse de Paris*, 1890).

On sait que l'herpès peut se localiser sur l'isthme du gosier sous forme d'une angine aiguë, fébrile, très douloureuse, caractérisée par la présence de vésicules opalines, qui bientôt s'affaissent pour être remplacées par de petites fausses membranes d'un blanc jaunâtre. C'est généralement sous ce dernier aspect que l'on constate l'éruption, car l'humidité de la bouche rend très éphémère l'existence des vésicules. Lorsque l'on surprend l'éruption au début, ou lorsqu'il existe un herpès concomitant des lèvres ou de la face, le diagnostic est aisé; en dehors de ces circonstances, il est facile de confondre l'angine herpétique avec la diphthérie du pharynx; toutefois, la marche de ces deux affections permettra plus tard de les distinguer, car la première est toujours bénigne et ses plaques ne prennent jamais l'extension de celle de la diphthérie.

La plupart des auteurs assimilent l'angine herpétique au zona survenant sur un autre point du corps; elle serait donc sous la dépendance d'un trouble du trijumeau et de la branche anastomotique du glosso-pharyngien, trouble qui aurait pour point de départ une infection microbienne. H. M.

Remarques sur la dernière épidémie d'influenza et en particulier sur ses phénomènes hémorrhagiques, par le Dr Morin (*Thèse de Paris*, 1891).

Dans ce travail peu développé, l'auteur énumère les divers phénomènes hemorrhagiques observés pendant la dernière épidémie de grippe: épistaxis, hémoptysies, hématémèses, métrorragies, hématuries, purpura, etc... Cette énumération de symptômes n'est accompagnée d'aucune critique nous instruisant sur leur valeur séméiologique. M. Morin mentionne brièvement la forme broncho-plégique, décrite par M. Huchard; la forme congestive avec atélectasie pulmonaire, signalée par M. Ferrand. Son travail aurait gagné en valeur, si, au lieu de cette fastidieuse énumération, il l'avait consacré à l'une ou l'autre de ces formes de congestion pulmonaire grippale.

H. M.

Digitized by Google

LA RÉFORME DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Organisation de l'enseignement municipal de la médecine

« Les nombreux malades réunis dans les hôpitaux de Paris » sont pour l'enseignement pratique de la pathologie une mine » inépuisable de matériaux, et d'autre part, sans compter les » membres de la Faculté, qui, presque tous, y ont des services, » l'ensemble des médecins des hôpitaux forme un personnel » d'une valeur incomparable. Nulle part au monde on ne peut » trouver un pareil ensemble. Malheureusement, toutes les ri- » chesses que fournissent les hôpitaux, sont en partie perdues, » ou du moins ne sont pas utilisées, à beaucoup près, comme » elles pourraient l'être. » (Professeur POTAIN. Brochure sur *La réforme de l'enseignement*, 1891).

« L'enseignement de la thérapeutique est imparfait à la » Faculté. Il y aurait lieu de créer trois chaires : 1° *Une chaire* » *de thérapeutique clinique*, qui serait occupée par un médecin » et aurait une place à part dans les hôpitaux, à côté des » chaires de clinique médicale ; 2° *Une chaire de pharmacologie* » *physiologique*, qui serait confiée à un physiologiste ; 3° *Une* » *chaire de pharmacologie chimique* avec un chimiste comme » titulaire. Le champ de la thérapeutique, tel qu'il est com- » pris aujourd'hui, est trop vaste pour être exploité avec fruit » par un seul professeur.» (Professeur HAYEM. *Leçon d'ouverture du cours de Thérapeutique à la Faculté*, novembre 1891).

« Je ne fais pour mon compte aucune difficulté à reconnaître » que si les services de cliniques de la Faculté étaient les » seuls où les stagiaires pussent trouver les éléments de leur » instruction pratique, ces services devraient être déclarés » absolument insuffisants à cause du nombre énorme des étu- » diants. Aussi, nous autres, les professeurs de clinique, nous » ne pourrions avoir l'idée de revendiquer pour nous le mono- » pole de l'enseignement. Ce serait revendiquer l'absurde et » méconnaître ce qui existe déjà depuis longtemps, à savoir » la dissémination de l'enseignement dans tous les services de » chirurgie, de médecine ou d'accouchement des hôpitaux de » Paris.

» La réforme, d'où qu'elle vienne, qu'elle émane de l'Etat » ou de la Ville de Paris, consistera essentiellement dans la » consécration, dans la régularisation d'un ordre de choses, » d'une situation qui a pour elle toute la force d'un fait ac- » compli.» (Professeur LE DENTU. *Leçon d'ouverture du cours de clinique chirurgicale de la Faculté*, novembre 1891).

Ainsi, la cause est entendue. Les professeurs de la Faculté eux-mêmes reconnaissent que leur enseignement est insuffisant pour 4000 élèves, que les études médicales souffrent de l'état de choses actuel, et qu'il faut y porter un prompt et radical remède.

Quant à la question de savoir si le nouvel enseignement sera ou ne sera pas sous la dépendance de la Faculté (1), pourquoi s'y arrêter? J'ai déjà dit, en ces termes, mon sentiment à ce sujet:

« Il suffit qu'on ait reconnu avec nous l'utilité de l'enseignement pratique de la médecine dans les hôpitaux ; il nous suffit de savoir qu'on voudra l'organiser sérieusement dans l'intérêt général, sans nous demander quels intérêts particuliers il pourra servir. Cependant, il y a de bons esprits qui persistent à croire avec nous que les deux conditions indispensables du succès de tout enseignement, sont l'*émulation* et la *concurrence* (1). »

Le principe de la réforme de l'enseignement médical étant bien établi, nous n'avons plus à combattre ; il nous reste à discuter.

Trois propositions ont été déjà formulées au Conseil municipal :

1° Celle de M. Navarre, qui se borne à demander la création de deux chaires de clinique chirurgicale, projet insuffisant — M. Navarre voudra bien nous permettre de le dire — surtout parce qu'il ne s'adresse pas à l'enseignement des nombreuses spécialités de médecine ;

2° Celle de M. Strauss, qui propose l'affectation d'un crédit de cent mille francs pour la création de « chaires de clinique médicale générale, de clinique chirurgicale générale, de dermatologie, de syphiligraphie, de laryngologie, de maladies des enfants, d'accouchements et de gynécologie, de maladies nerveuses, d'ophtalmologie, d'otologie ; »

3° Celle de M. Vaillant : « Tous les services médicaux et chirurgicaux des hôpitaux seront, suivant une progression aussi rapide que possible, ouverts à l'enseignement clinique, au fur et à mesure de l'établissement, dans ces hôpitaux, des laboratoires nécessaires et suffisants. »

Ces deux derniers projets sont excellents, et il faut féliciter leurs auteurs de ne pas mentionner la nomination officielle de professeurs, nomination dont on parle un peu à mots couverts.

Des professeurs ? Mais, on les a depuis longtemps. Ils s'appellent « tout le monde, » ils se nomment tous ceux qui, depuis de longues années, se sont consacrés à l'enseignement libre. Pourquoi cette nomination solennelle de professeurs nouveaux, et en quoi une investiture officielle peut-elle ajouter à leurs mérites, à leur importance? Tous les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux peuvent être professeurs de clinique à l'hôpital ; pour cela, il leur suffit de vouloir. Et le Conseil municipal, si généreux dans ses intentions, comprendra certainement qu'aucun des chefs de service des hôpitaux — je dis *aucun*, parce que leurs sentiments de complet désintéressement sont connus — aucun de ceux qui, dans cette question vitale, ont combattu le bon combat, comme aucun de ceux qui n'y ont assisté qu'en témoins, ne poursuit l'amour du panache ou la manie de la toque professorale.

Nommera-t-on « professeurs, » et pour prix de leurs efforts, ceux qui, par leurs écrits, par leur campagne heureuse, auront contribué pour une assez large part à la réalisation de cette réforme de l'enseignement? Je ne sais. En tous cas, ils n'ont pas nourri de ces secrètes ambitions, et j'en connais qui, tout en exprimant au Conseil municipal leur sincère gratitude pour l'œuvre patriotique qu'il entreprend, tiendront à

(1) J'ai dit ailleurs que le Conseil municipal ne pourrait et ne voudrait pas, avec raison, disposer au profit de l'Etat, de ressources budgétaires qui appartiennent à la Ville.

(1) *Revue gén. de Clinique et de thérapeutique*, n° 3, 1891.

Digitized by Google

honneur de ne vouloir rechercher ni accepter aucune distinction à l'exclusion de collègues plus méritants.

Si vous les nommez au choix (1), quel sera votre embarras? Et les heureux élus n'éprouveront-ils pas les mêmes sentiments de délicatesse et de solidarité envers leurs collègues moins favorisés, ne seront-ils pas les premiers à dire?

« Nous sommes tous avec vous pour l'accomplissement de cette grande œuvre de la réforme de l'enseignement qui doit favoriser tout le monde, et non pas seulement quelques-uns. Donc, appelez à vous tous les hommes de bonne volonté *sans exception*, ne faites aucune distinction entre eux, et qu'en se préparant au concours des hôpitaux, les médecins sachent bien qu'ils ont le devoir, non seulement de soigner leurs malades, mais aussi d'enseigner aux élèves (2). »

Enfin, la nomination de professeurs n'avance point d'un pas l'organisation de l'enseignement, et lorsque vous aurez nommé, ou plutôt choisi ces professeurs, il n'y aura rien de changé dans l'enseignement, puisqu'ils existent déjà dans tous les hôpitaux : il n'y aura que quelques professseurs..., j'allais dire quelques fonctionnaires, de plus.

Là n'est pas la question. Il faut organiser l'enseignement avant de nommer des professeurs, il faut — comme l'a dit si bien M. Vaillant — ouvrir tous les services médicaux et chirurgicaux à l'enseignement, suivant une progression rapide, « au fur et à mesure de l'établissement dans ces hôpitaux, des laboratoires nécessaires et suffisants. »

Il est inutile de nommer des professeurs, puisqu'ils existent; il est utile de nommer des *assistants*, puisqu'ils n'existent pas.

Or, un professeur de clinique ou de thérapeutique a besoin d'avoir à ses côtés un *assistant* chargé de préparer le cours, de faire les autopsies, d'initier les élèves à la propédeutique, enseignement presque inconnu en France. La nomination de ces assistants par les chefs de service eux-mêmes aurait pour avantage de laisser à ces derniers un peu d'initiative, de leur permettre d'accorder leur choix à ceux de leurs internes les plus méritants qui, ayant commencé des travaux sous leur direction, pourraient les continuer dans le même esprit. C'est ainsi que cela se passe partout à l'étranger où tous les assistants sont choisis par leurs maîtres, où l'on ne songe pas à instituer pour eux un nouveau concours dont la longue préparation serait stérilisante pour leurs études (1).

Ces assistants, au nombre d'une trentaine environ, répartis dans les différents hôpitaux, devraient recevoir une rétribution d'au moins 2,500 francs par an, ce qui leur permettrait de travailler utilement pour la science en se préparant à leurs concours des hôpitaux, ce qui rendrait la balance égale entre les travailleurs peu fortunés, obligés de mener de front la science avec la clientèle pour vivre, et les autres plus riches, qui ont ainsi tout leur temps pour étudier leurs questions.

Je m'arrête pour aujourd'hui à ces considérations.

Le Conseil municipal, animé de si bonnes, de si généreuses intentions, comprendra que tous les médecins des hôpitaux doivent être égaux devant ses largesses, qu'il ne s'agit pas seulement de nommer des professeurs existant déjà, mais qu'il s'agit d'abord et surtout d'organiser l'enseignement par la création de nouveaux laboratoires et la nomination d'assistants suffisamment rétribués. Ceux qui veulent se livrer à l'enseignement, n'ont besoin de subventions que pour leurs laboratoires ou leurs assistants, jusqu'au jour peu éloigné, où le principe de la rétribution de tous les cours par les élèves sera établi et pratiqué comme à l'étranger. Alors l'émulation, ce grand nerf de l'enseignement, y gagnera ; les finances de la ville de Paris n'en souffriront point, et un grand pas sera fait vers la liberté de l'enseignement supérieur.

Pour ma part, avec une complète indépendance et sans aucune pensée de flatterie à l'adresse du Conseil municipal, je dis qu'il a bien mérité du pays et de l'humanité souffrante, en songeant à relever le niveau des études médicales, et que tous les hommes que n'aveugle pas l'esprit de parti, devront lui témoigner une sincère reconnaissance pour la grande œuvre accomplie.

HENRI HUCHARD

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES FRANÇAISES

Société de médecine pratique de Paris (22 oct. 1891) : I. *Le traitement du furoncle.* — **Société de thérapeutique de Paris** (11 nov. 1891) : II. *La strontiane et la maladie de Bright.* — **Société de médecine et de chirurgie de La Rochelle** (13 mai 1891) : III. *Un cas de cocaïnisme aigu.* — **Société des sciences médicales de Lyon** (4 nov. 1891) : IV. *Enterorrhaphie circulaire, anus contre nature et gangrène herniaire.*

I. **Le traitement du furoncle.** — A bon droit, on le sait, la médication antiseptique est actuellement en faveur. M. DUCHESNE la pratique donc. Voici quelle a été sa technique dans un cas de *furoncle de la région fessière* :

(1) Au lieu de la nomination au choix, ce qui peut faire toujours croire à l'arbitraire, on pourrait établir un concours professoral sur titres exposés dans une leçon par les candidats; ou, mieux encore, on pourrait instituer, dans chaque hôpital, une sorte de roulement entre les divers chefs de service chargés de cours.

(2) M. Bourneville, qui a été notre précurseur infatigable dans cette campagne et dont le nom doit toujours être cité dans cette question des réformes de l'enseignement, demande depuis longtemps que « dans les conditions de concours aux places de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, figure l'obligation de faire l'enseignement clinique. » (*Progrès médical*, n° 45, 7 novembre 1891).

(1) Quant à l'enseignement des spécialités, il devrait être donné seulement par ceux qui les auraient depuis longtemps étudiées et qui auraient fait leurs preuves à ce sujet. C'est ainsi que cela se passe à l'étranger, tandis qu'en France, on *improvise* d'emblée un professeur de maladies d'enfants, des oreilles, du larynx, etc.; de sorte que les nouveaux professeurs (comme je le disais l'an dernier dans mes articles sur la réforme de l'enseignement) sont obligés d'apprendre spécialement la pédiatrie, l'otologie, la laryngologie, au moment même où ils doivent enseigner ces branches de la médecine à leurs élèves. *Ils finissent par se spécialiser quand ils auraient dû commencer par là.*

Digitized by Google

Chaque jour : cinq pulvérisations de dix minutes chacune avec l'eau phéniquée au trentième ; dans leur intervalle, lotions avec la liqueur de van Swieten En même temps, administration à l'intérieur des antiseptiques, parmi lesquels le naphtol associé au salicylate de magnésie.

On ne saurait être plus antiseptique.

Le furoncle de l'oreille, parfois difficile à reconnaître et surtout fort récidivant, n'est point cependant justiciable des mêmes moyens antiseptiques. M. Lœwemberg conseille donc contre lui des bains locaux antiseptiques, surtout au sublimé.

Le mode d'administration de ces bains est le suivant : faire pencher la tête du malade vers le côté sain; remplir le canal auditif du liquide antiseptique et conserver ce dernier pendant longtemps. Le liquide antiseptique que M. Loewemberg conseille est une solution alcoolique pure de sublimé au millième : l'alcool ayant l'avantage de pénétrer dans les follicules sébacés et d'en dissoudre le contenu graisseux.

Dans la *furonculose généralisée*, M. Loewemberg prescrit, en plus, cela va sans dire, du traitement général, des bains entiers boriqués, et sur chaque furoncle des lotions d'alcool absolu au millième, suivies de l'application d'acide borique finement pulvérisée et d'une couche de coton hydrophile, arrosé plusieurs fois par jour avec l'alcool au sublimé.

Les furoncles consécutifs aux maladies des voies urinaires sont aussi justiciables d'un traitement antiseptique analogue que M. Reliquet formule ainsi :

Pour éviter la douleur et l'irritation cutanée, employer une solution aqueuse de sublimé :

Sublimé	1	gramme
Alcool pur	10	—
Eau	990	—

C'est une liqueur de van Swieten diluée. On lave avec ce topique et au moyen d'ouate la surface des furoncles ; on applique sur elles des compresses imbibées de la solution de sublimé au millième, une plaque d'ouate et une plaque de taffetas.

Si le furoncle n'est pas ouvert, on le voit s'affaisser sous l'influence de ce pansement, et les bourbillons s'éliminent sans suppuration. S'il existe de la suppuration, celle-ci est modifiée et atténuée.

Le seul inconvénient des topiques au sublimé est la production d'un eczéma chez les sujets dont la peau est susceptible. On remplace alors le topique mercuriel par l'eau boriquée à quatre pour cent.

Le succès du traitement antiseptique abortif contre les *furoncles des paupières* dépend de la précocité que l'on apporte à l'employer.

M. Gillet de Grandmont conseille donc les compresses imbibées d'une solution aqueuse de sublimé au millième ou aux deux millièmes dès qu'une douleur pongitive, s'exagérant par la pression du doigt, fait soupçonner le furoncle. Si, malgré ce traitement, qui peut être abortif, la suppuration et le gonflement se manifestent, alors point de retard : le bistouri avec antisepsie de l'intérieur du foyer.

C'est, au reste, l'avis, je pense, et un peu la pratique de tout le monde.

II. **La strontiane et la maladie de Bright.** — A la Société de thérapeutique, sinon ailleurs, le lactate de strontiane continue de faire merveille contre la maladie de Bright et, paraît-il, de l'améliorer. Comme c'est heureux et inespéré dans une maladie contre laquelle, d'ordinaire, les médicaments les plus variés n'agissent guère !

M. Constantin Paul, qui, naguère, annonçait des succès à l'Académie de médecine (1), les confirme maintenant à la Société de thérapeutique. C'est moins solennel. La strontiane, d'après le savant thérapeutiste, diminue l'albuminurie sans augmenter notablement la diurèse. Elle est donc contre-indiquée quand il existe de l'urémie ou une insuffisance urinaire.

Au demeurant, si la strontiane, au témoignage de l'auteur, rend des services, c'est dans les néphrites parenchymateuse, goutteuse, rhumatismale, scrofuleuse et puerpérale. Elle ne peut rien dans les cas de néphrite interstitielle, tuberculeuse ou syphilitique.

Malgré les déclarations de M. Constantin Paul et l'absence d'accidents par des doses élevées de strontiane, ingérées par le cobaye et le lapin, il semble nécessaire de se réserver sur l'innocuité absolue de ce médicament. Nous croyons donc que, jusqu'à contrôle plus complet, il sera prudent de le manier avec une sage discrétion, la chimie ne possédant point encore le réactif idéal donnant le moyen de constater la pureté absolue des sels de strontiane.

III. **Un cas de cocaïnisme aigu.** — On sait que les doses même minimes de cocaïne peuvent provoquer les accidents du cocaïnisme. Notre distingué confrère, M. Duany-Soler, a été le témoin d'un fait de ce genre, assurément très instructif.

Un enfant de 14 ans est atteint d'angine catarrhale aiguë avec douleurs d'oreilles intenses On prescrit des pastilles de cocaïne à 1 milligramme chaque : de 4 à 6 par 24 heures, des attouchements avec une solution de cocaïne au centième, et instillation dans l'oreille de quelques gouttes de cette même solution.

Le traitement fut commencé à 11 heures du matin. L'enfant éprouvant un certain calme à la suite de ces attouchements, demandait qu'on les répétât fréquemment. Le jour même, à 2 heures du matin, lorsqu'on revint le chercher, l'enfant n'avait pris que 4 pastilles de cocaïne. Il avait été employé environ le quart de la solution, soit 25 grammes.

Il présentait alors une excitation cérébrale intense (loquacité et agitation, pupilles dilatées) ; la gorge était sèche, il y avait de l'engourdissement des membres, une céphalalgie violente et une température de 38°

On cessa immédiatement la cocaïne. Lavement avec 2 grammes de bromure. L'agitation, malgré le lavement, dura trois heures, puis l'enfant s'endormit. Le lendemain, les pupilles étaient encore dilatées, et l'enfant ne pouvait s'asseoir sur son lit sans éprouver du vertige.

La convalescence a été assez longue, et six jours après, l'enfant était encore pâle, faible sur ses jambes. On aurait dit un convalescent d'une longue maladie adynamique.

Les formulaires les plus récents fixant la posologie du chlorhydrate de cocaïne, à l'intérieur, entre 10 et 50 centigrammes par jour ; à l'extérieur, entre 2 et 10 grammes pour cent, il y aurait lieu d'être plus prudent dans l'emploi de ce médicament de tâter la susceptibilité du malade... et, ajouterons-nous, après M. Duany-Soler, l'accepter sous réserve des indications fournies légèrement par quelques formulaires. La défiance — cela souvent s'est dit — sera toujours le commencement de la sagesse thérapeutique.

IV. **Enterorraphie circulaire ; anus contre-nature et gangrène herniaire.** — Trois fois on a pratiqué avec succès cette opération dans le service de M Pellosson pour un anus contre-nature et deux hernies gangrénées. C'est pourquoi notre confrère lyonnais la recommande.

Déjà en 1883, dans sa thèse d'agrégation, il s'était prononcé en faveur de l'opération de Dupuytren qu'il considérait comme préférable à la résection intestinale. C'est un motif de réserver cette dernière aux cas où l'entérotomie échoue ou bien paraît impossible.

L'entérectomie vaut mieux que l'anus contre-nature dans la gangrène herniaire. Or, dans la hernie gangréneuse, on objecte

(1) Voir *Revue générale de Clinique et de Thérap.*, 29 juillet, 1891.

Digitized by Google

l'état grave du malade à ceux qui proposent l'entérorrhaphie circulaire ? Est-ce une objection légitime ? Non, l'expectation ou l'anus contre-nature a moins d'organismes exceptionnellement résistants, aboutissent à la mort. Dès lors, il y a nécessité d'employer l'entérorrhaphie circulaire, dont les chances de succès augmenteront avec l'habileté du chirurgien, la perfection des sutures et la rapidité de l'opération. Pour la suture, ajoutons que M. Pellosson la pratique au fil de soie et suivant le procédé Lembert-Czerny.

N. D.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 *novembre* 1891

Présidence de M. le Dr Terrier.

L'hystérectomie vaginale dans le cancer utérin. — M. Terrier. A la fin de la discussion qui eut lieu il y a trois ans à ce sujet devant la Société, M. Trélat disait que la question devait être réservée et qu'on devait attendre de nouvelles observations pour la résoudre. A cette époque, M. Terrier communiqua le rapport de 17 opérations, dont la plus ancienne remontait au mois de juin 1885 ; depuis, les faits énoncés se sont complétés, et il dispose aujourd'hui d'une nouvelle série de 17 opérations ; soit en totalité 34 hystérectomies pour cancer de l'utérus.

Ces deux séries sont exactement comparables au point de vue de leurs résultats immédiats et éloignés ; dans chacune il relève une erreur de diagnostic causée par une métrite glanduleuse prise pour un cancer et traitée par l'extirpation vaginale. La première série lui a donné quatre morts immédiates, la seconde trois morts immédiates et une quatrième survenue treize jours après l'opération ; soit une mortalité opératoire de 23 0/0. L'opération est donc loin d'être bénigne ; elle doit cependant être tentée en présence d'une affection réputée incurable.

Deux malades survivent parmi celles de la première série, c'est-à-dire depuis six ans et quelques mois. Leurs pièces anatomiques ont été examinées au collège de France, et il n'y a aucun doute qu'il s'agisse de cancer. Les autres sont mortes de récidive après une survie de 3 à 21 mois ; la plus longue a été de 4 ans et 8 mois.

Parmi les malades de la seconde série, cinq sont encore vivantes, deux autres n'ont pu être retrouvées. Six sont mortes après des survies variables, mais analogues aux précédentes. Il ne considère pas comme guéries celles qui vivent encore depuis trois ans et cinq mois ; il pense qu'elles sont toujours exposées à une récidive ; toutefois, ces résultats méritent d'être pris en sérieuse considération. Dans plusieurs cas, le néoplasme ayant envahi les ligaments larges, n'a pu être enlevé complètement ; ces malades ont survécu pendant 6 mois à 6 mois et demi.

En résumé, l'hystérectomie vaginale pour cancer utérin est une opération grave ; fatalement insuffisante lorsqu'elle est incomplète, elle détermine néanmoins une amélioration considérable. L'extirpation totale du néoplasme est souvent suivie de récidive, mais au bout d'un temps variant de plusieurs mois à plusieurs années. Enfin, dans quelques cas, on a obtenu une survie qui persiste encore et dont la plus longue est de six ans et huit mois.

M. Routier est intervenu dans 21 cas de cancer de l'utérus, dont 4 cas localisés à la muqueuse et 17 ayant envahi le col seulement. Parmi ceux-ci, douze ont été traités par l'amputation du col ou le grattage lorsque les lésions étaient trop étendues et 5 par l'hystérectomie vaginale. La survie la plus longue qu'il ait obtenue a été de deux ans et demi. Les autres opérations ne lui ont donné que des résultats trop insuffisants. Il en a été de même des hystérectomies pratiquées pour cancer du corps de l'utérus, dont l'évolution est toutefois moins rapide que celle du cancer du col.

Traitement des plaies de la moelle épinière par armes à feu. — M. Nicaise rend compte d'un mémoire envoyé par M. Vincent, chirurgien de l'hôpital civil d'Alger. L'auteur divise les lésions en trois groupes : 1° simple compression de la moelle par un épanchement séreux ou sanguin, par une esquille ; 2° lésion directe du tissu nerveux par le projectile qui a continué son trajet ; 3° lésion de la moelle par le projectile arrêté dans le canal médullaire.

On admet aujourd'hui qu'il y ait lieu d'intervenir dans les compression de la moelle soit par un épanchement, soit par une esquille ou le projectile lui-même. La trépanation de la colonne vertébrale est le moyen ordinairement employé. Il y a en effet tout avantage à enlever le plus tôt possible les agents de la compression. Toutefois le diagnostic de la nature de la lésion est très difficile, car les symptômes se confondent ou du moins présentent une grande analogie dans les trois catégories énumérées.

L'intervention est plus discutable quand la moelle a été directement atteinte par le projectile, car il peut en résulter un écrasement complet de l'axe nerveux. La méningite et la myélite en sont les conséquences ordinaires. Dans ces conditions on est autorisé à pratiquer une intervention qui ne saurait être plus grave que la blessure. Celle-ci a pour but de débrider le trajet, d'extraire tout corps étranger et d'enlever les causes de compression, même en trépanant le canal médullaire.

Dr H. Marciguey.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 *novembre* 1891

Présidence de M. le Dr Labbé

M. Labbé annonce la mort de l'un des membres les plus éminents de la Société M. le Dr Henri Roger.

Polyurie hystérique. — M. Debove a constaté qu'un certain nombre de malades atteints de polyurie simple, étaient guérissables par la suggestion ; ce procédé thérapeutique montre qu'il s'agit de polyurie hystérique, affection qui semble en ce moment assez fréquente.

M. Mathieu corrobore la fréquence de la polyurie hystérique.

M. Huchard fait remarquer que cette affection est connue depuis longtemps, et que dans la seconde édition du *Traité des névroses* faite en collaboration avec Axenfeld, il a signalé la fréquence de la polyurie hystérique.

Intoxication saturnine par les papiers peints. — M. Guyot a observé, à la campagne, un domestique atteint d'une paralysie rapide de tous les membres avec prédominance du côté des muscles extérieurs. Cette dernière localisation le fit songer à une paralysie saturnine, mais en l'absence de preuves palpables et comme aucune autre personne n'avait présenté d'accident de ce genre dans la famille, il renonça momentanément à son hypothèse. Ce malade resta six mois dans son service et en sortit guéri, mais conservant encore de l'atrophie de certains muscles. Etant retourné à la campagne et couchant de nouveau dans son ancienne chambre, il fut repris des mêmes accidents paralytiques. L'idée d'une paralysie saturnine fut de nouveau envisagée. L'eau, le vin qui servaient en boisson ne contenaient pas de trace de plomb. M. Guyot fit alors analyser le papier qui tapissait la chambre ; il renfermait des quantités considérables de plomb, et constituait évidemment la cause de ces phénomènes. Les poussières qui s'en détachaient et qui contenaient le poison, étaient absorbées par la respiration.

Le zona chez les enfants. — M. Comby ayant étudié cette affection dans deux milieux différents, à l'hospice de Sainte-Périne et au dispensaire de la Villette, a constaté des différences importantes dans l'évolution du zona suivant l'âge des

Digitized by Google

sujets ; il est d'autant plus grave que le malade est plus âgé. Chez l'enfant, l'éruption est tout, les suites ne sont rien ; chez le vieillard l'éruption n'est rien, les suites sont tout.

Sur 33 cas qu'il a observés chez les enfants, l'affection a été plus fréquente chez les filles que chez les garçons ; toutefois, il ne veut pas tirer de conclusions définitives d'un aussi petit nombre de faits. Le zona, assez rare à toutes les périodes de la vie, l'est cependant davantage chez les enfants que chez les personnes âgées.

Il n'a pas relevé de cause spécifique du zona : celles-ci sont très différentes les unes des autres : c'est ainsi qu'il a relevé cette affection chez des sujets nerveux, arthritiques, phtisiques et même à la suite d'un traumatisme. Le zona est plus douloureux chez les enfants, ne s'accompagne pas de névralgies comme on en observe chez l'adulte. M. Hardy et M. Fabre (de Commentry) avaient noté cette indolence qu'ils ont opposée aux douleurs ressenties par les adultes. Si le zona est causé par une névrite, celle-ci ne se traduirait pas par des manifestations douloureuses. mais éruptives.

M. Descroizilles a parlé d'un état d'anémie, de langueur consécutif au zona ; il n'a pas observé ces suites fâcheuses. Les seules complications qu'il ait vues ont été des accidents locaux dûs au grattage, ou des adénites légères. Le pronostic de cette affection est donc essentiellement bénin chez les enfants.

Le traitement très simple consiste à protéger les surfaces contre les frottements, l'air atmosphérique et à favoriser la déssication, puis la chute des croûtes.

M. Comby pense qu'il existe plusieurs variétés de zona au point de vue pathogénique, et que, si dans certains cas on peut l'attribuer à une maladie infectieuse (Landouzy), le plus souvent il est sous la dépendance d'une névrite chez les enfants.

H. M.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 16 *novembre* 1891

Présidence de M. Duchartre

Greffe d'os décalcifié. — M. le Le Dentu rappelle que la greffe osseuse proprement dite de fragments d'os vivant, est loin d'avoir réalisé les espérances que l'on fondait sur elle. La plupart du temps, ces fragments se résorbent peu à peu, ou bien sont éliminés comme corps étrangers, et, même lorsqu'ils paraissent avoir conservé toute leur vitalité, ils n'exercent qu'une action de présence n'aboutissant qu'à une lente réparation. Si on les emprunte à un animal, leur disparition est encore plus rapide que si on les prend sur le sujet opéré ou sur un autre sujet, et dans ce dernier cas on s'expose à greffer sur un organisme sain des os syphilitiques ou tuberculeux. Il n'est donc pas surprenant que l'on ait essayé de remplacer la greffe osseuse vivante par la greffe d'os décalcifié et aseptique.

Les premières tentatives de greffe d'os décalcifiés ont été faite par Senn (de New-York), en 1889. Au mois de mars 1891, Kümmel (de Hambourg), enhardi par les succès de Senn, avait remplacé de petits os longs, comme les métacarpiens et les métatarsiens, par des fragments d'os décalcifié de longueur égale.

Allant plus loin encore, M. Le Dentu a pensé que l'implantation de très volumineux fragments pourrait être suivie de résultats favorables dans les cas de pertes de substance de grandes dimensions. Une résection du tibia et du péroné, à la partie inférieure de la jambe, lui a fourni l'occasion de vérifier ces prévisions.

Il s'agissait d'un jeune homme de seize ans atteint d'ostéite tuberculeuse depuis l'âge de quatre ans. Le 8 mai 1891, on reséqua 7 centimètres du tibia et du péroné. On remplaça l'os manquant par un fragment unique d'os de veau décalcifié, également de 7 centimètres et servant de soutien au périoste. Trois mois après, le malade quittait l'hôpital avec un appareil silicaté. Aujourd'hui la consolidation est parfaite et le malade peut faire plusieurs kilomètres à pied sans fatigue. M. Le Dentu a appliqué depuis cette méthode chez neuf autres malades, avec le même succès.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 *novembre* 1891

Présidence de M. le Dr Tarnier

Prophylaxie obligatoire des maladies évitables — M. Nicolas signale la position difficile faite au médecin par la nouvelle loi en discussion au Sénat sur l'obligation de la déclaration des maladies contagieuses. Les conséquences de cette loi sont hors de proportion avec le préjudice qu'elle porte aux médecins et aux malades qu'elle sacrifie. L'hygiène n'est pas suffisamment organisée en France pour que la prophylaxie des maladies contagieuses soit réellement efficace.

Pour le médecin traitant, l'intérêt de son malade prime celui de la société. Supposons un cas de choléra dans un lieu quelconque. Il y a d'abord la difficulté du diagnostic pour le premier cas et on veut imposer le diagnostic en vingt-quatre heures. Le cas diagnostiqué, dans quelles conditions de délai peut-on faire voyager le malade ? Comment établir l'isolement ? Il faudrait partout des palais nosocomiaux ? La meilleure prophylaxie sera l'isolement du malade, et la neutralisation de ses déjections. La loi proposée serait applicable en France et certainement inappliquée à l'étranger ; elle lèse les intérêts des médecins.

Les injections de tuberculine comme moyen de diagnostic de la tuberculose bovine. — Dans une précédente séance, M. Nocard avait montré de quelle utilité étaient les injections de tuberculine pour le diagnostic de la tuberculose dans l'espèce bovine. On peut se demander maintenant si ces injections n'ont pas un effet défavorable sur la lactation et la gestation. Sur 14 vaches d'une étable, soumises aux injections de tuberculine, 13 ne présentèrent aucun symptôme. Une eut de la fièvre. Elle fut abattue et on trouva les ganglions du médiastin tuberculeux. Cette vache, en état de santé magnifique en apparence, ne présentait pas d'autres lésions tuberculeuses.

Chez les 13 vaches inoculées on ne constata aucune altération de la qualité du lait, ni aucune diminution de sa quantité. La gestation n'a pas été troublée. Les injections de tuberculine peuvent donc être considérées comme inoffensives chez les vaches non tuberculeuses.

M. Budin lit son rapport sur le prix Capuron.

M. Robin lit son rapport sur les eaux minérales. F. R.

NOUVELLES MILITAIRES

Nominations dans le corps de santé militaire. — *Au grade de médecin aide-major de 1re classe* : MM. les aides-majors de 2e classe : Benoit dit Becker, Millard, Janot, Arnould, Sturel, Trouillet, Arnavielhe, Guirlet, Berger, Coste, Puech, De Viville, Michaud, Beigneux, Rouchaud, Thérault, Faivre (Paul), Niclot, Barrier, Huguet, Desirez, Legrain, François, Claoué, Couturier, Rossignot, Chéreau, Benoit, Mignon, De Schuttelaere, Ducurtil, Tournier, Vigerie, Gontier, Terrail, Lenoir, Blanc, Gilliard, Castaing, Claude, Ribière, Julia, Verdierre, Ollier de Vergèze, Donnadieu, Sire, Lanusse-

Digitized by Google

Troussé, Dormand, Laborderie, Lainé, Loustalot, Viguier, De Guénin.

Nominations dans le corps de santé de la marine. (Activité). — *Au grade de directeur du service de santé* : M. Cunéo.

Au grade de médecin en chef : M. Duchateau.

Au grade de médecin principal. — Les médecins de 1re classe : MM. Magnon-Pujo et Bourat.

Au grade de medecin de 1re classe. — Les médecins de 2e classe : MM. Audibert, Vaucel et Damany.

Au grade de médecin de 2e classe : M. le Dr Peltier.

VARIÉTÉS

Une recette d'un empirique célèbre. — Nous la trouvons dans l'*Année médicale de Caen*, sous la rubrique : *Elixir des braves dames de Bonnemaison.*

Il faut pour composer cet élixir :

1° Une once et un gros d'aloès succotrin;
2° Uu gros de Zédoaire;
3° » d'agaric blanc;
4° » de Gentiane;
5° » de Safran du Levant;
6° » de Rhubarbe fine;
7° » de Thériaque de Venise.

Mode d'emploi et préparation. — Vous mettez un paquet dans une bouteille de gros verre; vous versez dessus un litre de bonne eau-de-vie ou Calvados; vous bouchez avec un parchemin mouillé. Lorsqu'il est sec, vous le percez de plusieurs trous d'épingle, afin que la fermentation ne fasse pas éclater la bouteille. Vous laissez infuser pendant un mois, remuant ou secouant la bouteille deux fois par jour pour bien mêler les sus-dites drogues.

Le 30e jour, vous coulez doucement l'infusion dans une autre bouteille, puis vous remettez sur le marc restant dans la première bouteille un demi-litre de la même eau-de-vie, que vous y laissez infuser à peu près 15 jours. Vous agitez la bouteille et ensuite vous filtrez comme la première fois. Vous mêlez ensuite les infusions et filtrez le tout ensemble pour avoir la liqueur claire. Vous conservez cet élixir dans des bouteilles ordinaires bien bouchées; plus il est vieux, meilleur il est.

Cet élixir se prend deux fois par jour après le repas par cuillerées à café dans un peu d'eau.

Les origines de l'irrigateur. — Le hasard a fait trouver, à la *Normandie médicale*, la généalogie de cet instrument.

Près de mille ans avant l'invention du *clysterium* en France, Avicenne (Liv. III, ch. XI) décrivait le *clysoir*. Les Arabes le perfectionnèrent et pendant que la France l'oubliait au xve siècle, l'Espagne, moins ingrate, le maintenait en honneur. Donner un lavement se disait en espagnol : echar gaitas, c'est-à-dire à peu près « pousser la cornemuse. » Cette expression imagée venait de ce que le lavement se donnait « avec une bourse de cuir qui a un tuyau au bout, » c'est la poire en caoutchouc contemporaine.

Donc, contrairement à ce que l'on croit généralement, la France n'a rien inventé en la matière, elle n'a fait que perfectionner; mais la France a bien d'autres gloires !

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs J. Lagrange (de Tournon), Lebachellier (de Sartilly), Gautier (de St-Junien), L. Couturier (de St-Etienne), Bringuier (de Montpellier), Dillon (de Castelnau), Dumas (de Cette), Raymond (de Cannes), Vidal (de Bessèges), Fabre (de Lafoux), Trossat (de St-Loup de-la-Salle).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Balfour. — Du traitement de la pneumonie. (*Edinburgh. med. Journal*, nov. 1891).

Briz (B.-H.). — Traitement de l'eczéma infantile. (*Revista clinica de los ospitales*, oct. 1891).

Dole (W.). — Quelques remarques sur la chorée. (*The Lancet*, 17 oct. 1891).

Guillemins. — Contribution à l'étude de la rémission dans la paralysie générale. (*An. médico-psychologiques*, nov. et déc. 1891).

Jamieson. — Méthode pour accélérer la desquamation et abréger la durée de la contagiosité de la fièvre scarlatine. (*The Lancet*, 12 sept. 1891).

Jurgens. — Tumeurs primitives du cœur. (*Berl. Klin. Woch.*, 13 oct. 1891).

Kœnig. — Dacryorrhée ataxique. (*Le Progrès méd.*, 31 oct. 1891).

Mabille et Lallemand. — Pleurésie purulente ancienne traitée par les injections de sublimé. (*Progrès méd.*, 14 nov. 1891).

Nikulin. — La syphilis de la plèvre. (*Berlin. Klin. Woch.* 5 oct. 1891).

Œbecke. — De la méningite cérébro-spinale. (*Berl. Klin. Woch.*, 12 oct 1891).

Rocha Faria. — Etudes épidémiologiques sur la fièvre jaune en particulier à Rio-de-Janeiro. (*O. Brazil medico*, 15 oct. 1891),

Verco. — De l'albuminurie intermittente. (*Austral. Med. Gaz.*, août 1891).

Whitwell. — Le pouls dans la stupeur. (*The Lancet*, 17 oct. 1891).

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET OBSTÉTRICALE

Chaumier. — Quelques mots sur la vulvo-vaginite purulente des petites filles. (*Le Poitou med.*, 1er oct, 1891).

Engelmann — Du traitement des tumeurs fibreuses utérines. (*Edinburgh med. Journal*, nov. 1891).

Eross. — Affections septiques d'origine ombilicale. (*Wien. med. Woch.*, 1891, n° 41).

Hermann (E.). — Deux cas de grossesse avec maladie de Bright et anémie presque complète. (*The American Journal of the med. Science*, nov. 1891, p. 485).

Jaksch (Von). — De la tetanie pendant la période cataméniale, la grossesse et l'allaitement. (*Wien. med. presse*, n° 23, 1891)

Krioleo (E.). — De l'emploi de l'aristol contre le cancer du col utérin. (*Riforma medica*, 19 oct. 1891).

Obolinski. — Des kystes séreux rétro-péritonéaux. (*Wiener Klin. Woch.*, 1891, n° 39).

Waddington. — Tetanos des nouveau-nés, son traitement par les antiseptiques. (*Journal of the American Med. Association*, 10 oct. 1891).

AVIS. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 30 centimes par numéro.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse et aux envois de valeur.

Le rédacteur en chef, co-gérant : C. Eloy.

PARIS.—IMP. CHARLES SCHLAEBER. 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE — N° 49 — 2 DÉCEMBRE 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, BÉCLÈRE, BROCQ, DEMELIN, DU CASTEL, GINGEOT, Charles MAURIAC, PICQUÉ, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

Prime à nos Abonnés, *anciens et nouveaux* : voir page 780.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Hôpital Bichat. — M. le Dr HENRI HUCHARD

Diagnostic et traitement de l'insuffisance hépatique

Nous avons en ce moment trois malades atteints de cirrhose hépatique : l'un, de cirrhose hypertrophique ; les deux autres, de cirrhose atrophique. Les deux premiers supportent bien leur lésion, et rien ne les menace encore. La troisième malade (salle Louis, n° 3) va succomber. Et cependant, au premier abord, celle-ci paraît moins gravement atteinte que les deux autres malades, l'un d'eux ayant un ictère des plus prononcés avec ascite très abondante, et l'autre un épanchement abdominal dont la reproduction rapide peut induire en erreur au point de vue du pronostic. Chez notre troisième malade, l'ascite est, au contraire, très modérée. Cela vous prouve déjà que, dans la cirrhose, l'abondance de l'ascite n'est pas toujours une preuve de gravité. Ce qui fait la gravité du pronostic dans les maladies du foie, c'est l'état de la cellule hépatique, de même que dans les maladies du cœur, c'est l'état du myocarde.

Or, cette femme a considérablement et rapidement maigri depuis trois semaines, elle est plongée dans une somnolence presque continuelle, s'alimentant à peine par suite de vomissements incessants et presque incoercibles, les urines sont devenues rares et chargées d'urates ; la température s'est abaissée jusqu'à 36°4, et la langue est sèche et fuligineuse.

Quelle était la signification de ces symptômes nouveaux chez cette malade ? Je vous l'ai dit : ils voulaient dire qu'elle était entrée dans la phase redoutable de l'*insuffisance hépatique*, c'est à dire de la suppression des fonctions de la cellule du foie, et je vous ai annoncé la mort à brève échéance.

Bientôt en effet, en moins de huit jours, cette malade succombait, après avoir présenté du subdélirium, des soubresauts de tendons, une incontinence d'urine et des matières fécales, de la faiblesse du pouls avec adynamie profonde, une soif vive, une extrême fétidité des garde-robes, des sueurs froides avec excavation des yeux, une émaciation rapide, des urines rares avec diminution considérable du taux de l'urée (4 grammes pour 24 heures), etc. L'autopsie a confirmé pleinement le diagnostic.

Puisque l'insuffisance hépatique correspond à la perte ou à la suppression des fonctions des cellules du foie, il est utile de vous rappeler qu'à l'état normal ces fonctions sont multiples. — D'abord, si l'urée se forme un peu partout, le foie est un de ses principaux foyers de production ; d'où la nécessité, pour le pronostic, de doser exactement dans les urines la quantité d'urée, « ce diurétique physiologique », pour connaître l'état de sa fonction *uréogénique*. — Cet organe est encore un lieu d'élaboration et de transformation de pigments organiques, ce qui vous oblige à rechercher la présence de l'urobiline, des pigments et chromatogènes urinaires par l'examen chimique pour vous renseigner sur sa fonction *chromogénique*. — Enfin, vous connaissez tous son action *glycogénique*, ses propriétés d'arrêt et de neutralisation des produits toxiques, et vous savez encore qu'un des moyens les plus simples pour constater les troubles apportés à cette fonction importante, consiste dans l'expérience du sucre que je vous indique en quelques mots : à l'état normal, le sucre introduit dans l'alimentation est détruit par le foie, au même titre que les produits toxiques introduits dans l'organisme ou formés par lui. Quand la cellule hépatique est détruite, on voit au contraire, après l'administration de 150 à 200 grammes de sucre, celui-ci apparaître dans les urines après 2 à 4 heures, ce que vous constatez facilement au moyen de réactions bien connues.

Lorsque la barrière hépatique est rompue, les toxines pénètrent et s'accumulent dans le liquide sanguin ; mais l'intoxication de l'organisme peut encore être prévenue par le rein qui devient ainsi un organe compensateur du foie, puisqu'il peut encore éliminer une grande partie des poisons que ce dernier organe n'a pu détruire. C'est ce qui vous explique pourquoi, à cette période compensatrice, mais déjà grave de l'insuffisance hépatique, les urines deviennent très toxiques, et pourquoi encore cette *hypertoxie urinaire* est, comme on l'a dit, « une des sauvegardes de l'organisme. »

D'après les idées nouvellement admises, tout s'enchaîne dans les maladies du foie, et la médication doit s'adresser à deux organes : au foie et au rein. Vous en voyez la preuve dans la guérison parfois spontanée des maladies les plus sérieuses (ictère grave, par exemple) par le fait d'une crise urinaire. Vous voyez encore, comme je vous le dis souvent, que pour le bon fonctionnement de l'organisme, *il faut que le rein reste ouvert et le foie fermé*. Il faut que le rein soit ouvert pour l'élimination des poisons ; il faut que le foie soit fermé pour leur arrêt

Digitized by Google

ou leur destruction. Quand l'une de ces fonctions ou les deux à la fois sont troublées, il en résulte une intoxication plus ou moins profonde de l'organisme à laquelle le malade succombe souvent, si vous n'y portez pas un prompt remède.

L'insuffisance hépatique est plus fréquente qu'on le croit. Elle se montre dans un grand nombre de maladies infectieuses, surtout dans la fièvre typhoïde, et si on ne la reconnait pas le plus souvent, c'est parce qu'alors sa symptomatologie se perd au milieu des accidents divers de l'affection causale; elle prend alors des allures rapides et aiguës parce que le plus souvent, le foie et le rein sont atteints en même temps. — Dans les affections du cœur, certains malades meurent par le foie et même parfois avec les symptômes de l'ictère grave. — Toutes les maladies du foie (cancer, kystes, cirrhoses, etc.) peuvent aboutir promptement à l'insuffisance de cet organe. — Il en est de même de certains cancers viscéraux extra-hépatiques, lesquels se compliquant de lésions dégénératives du foie, en l'absence même de toute production cancéreuse dans son parenchyme, peuvent se terminer promptement par des phénomènes de cachexie aiguë, par des accidents comateux qu'en Allemagne on a attribués aux toxines secrétées par le cancer lui même. Je crois plutôt qu'il faut les mettre sur le compte de l'insuffisance hépatique. A ce sujet, je vous rappelle que mon ancien interne, M. Weber a parlé de quelques malades atteints de maladies du foie, observés dans mon service et « succombant en moins de quinze jours aux progrès d'une *cachexie galopante* que rien ne faisait prévoir (1) ».

Je crois maintenant inutile de revenir sur les symptômes de cette insuffisance hépatique, d'autant plus que je vous les ai presque tous énumérés au sujet de ma malade, et que j'en ai fait naguère la description aussi complète que possible dans la *Revue de clinique et de thérapeutique* (1889, n° 24, p. 388). Il faut encore ajouter à tous ces symptômes, l'existence d'hémorrhagies diverses (hémoptysies, hématémèses, purpura, etc.) qui, à cette période de la cirrhose, sont absolument différentes, au double point de vue pathogénique et pronostique, des hémorrhagies *mécaniques* du début de la maladie. Vous devez encore savoir que la phénoménalité clinique n'est pas toujours aussi bruyante, et que l'insuffisance hépatique peut se manifester seulement par quelques symptômes fort atténués, par un peu de somnolence, par la rareté des urines et par cette simple sécheresse de la langue qui, dans l'espèce, devient un indice grave de pronostic.

Enfin, on doit considérer deux périodes dans l'insuffisance hépatique, suivant que le rein est ou n'est plus perméable. Quand il reste perméable, les poisons qui n'ont pas été détruits par le foie, passent dans les urines qui deviennent alors toxiques au plus haut degré. Donc, dans cette première période (stade d'*insuffisance hépatique simple*), l'hypertoxie urinaire et la suractivité de l'émonctoire rénal sont une sauvegarde pour l'intoxication de l'organisme. Mais cette suractivité a ses limites; elle a aussi ses dangers. Tous ces poisons finissent par irriter le parenchyme rénal qui s'enflamme; les urines se chargent d'albumine, et c'est ainsi qu'à cette seconde période (stade d'*insuffisance hépatico-rénale*), l'insuffisance rénale s'ajoute à l'insuffisance hépatique, et que souvent les malades peuvent être emportés par des accidents d'urémie ultime (accès de dyspnée, convulsions, etc.).

Vous comprenez maintenant la raison et l'importance de ces trois indications thérapeutiques:

1° Il faut favoriser la fonction glycogénique du foie (médication *hépatique*);

2° Il faut favoriser la fonction émonctoire du rein (médication *rénale*);

3° Il faut tarir toutes les sources d'intoxication, et surtout celles de l'intestin (médication *intestinale*).

La prescription du laitage remplit les deux premières indications, et même la dernière, puisqu'il est bien démontré que le lait atténue la toxicité urinaire. Le lait s'adresse encore au foie, puisqu'il contient du sucre capable de se transformer en glycogène; il s'adresse au rein, puisqu'il favorise la diurèse et ainsi l'élimination des poisons. — Enfin, il faut nourrir les malades; on ne doit pas les soumettre à la diète absolue, qui a souvent pour résultat d'entraver ou d'abolir la fonction glycogénique.

Pour remplir la troisième indication, il faut pratiquer l'antisepsie intestinale par tous les moyens thérapeutiques dont je vous ai déjà parlé (1). Il faut encore supprimer tous les alcaloïdes, tous les médicaments renfermant des sels de potasse, toujours toxiques pour l'économie, remplacer l'iodure de potassium par l'iodure de sodium, l'acétate de potasse par l'acétate de soude, etc. (Du reste, à cette période, ces derniers médicaments sont le plus souvent inutiles, et même nuisibles, puisqu'ils ne sont pas tolérés par l'estomac). Il faut encore supprimer de l'alimentation les aliments renfermant beaucoup de potasse, comme la viande et le bouillon. A cet autre point de vue, le lait, pauvre en sels de potasse, obéit encore à cette troisième indication.

Enfin, pour combattre les accidents ultimes d'adynamie, vous avez la ressource des injections d'éther, de caféine et de camphre. Ces dernières, dont j'ai donné naguère (2) les indications et le mode d'emploi, sont préférables à celles de caféine, parce qu'il faut toujours, dans une maladie produite par l'intoxication, choisir des médicaments absolument inoffensifs.

Ne l'oubliez jamais lorsque vous verrez survenir cette complication redoutable et trop souvent méconnue de l'insuffisance hépatique. N'oubliez pas, non plus, que le rein est l'organe compensateur du foie insuffisant, et que vous devez porter vers le premier tous

(1) *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, n° 36, 1888 page 572. Voir encore le n° 23, même année : Revue sur les maladies du foie, par Weber. — Ce journal publiera prochainement une intéressante observation de *cachexie aiguë* dans un cas de cancer abdominal, par M. le Dr Roché (de Toucy), ancien interne des hôpitaux de Paris.

(1) Voir la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1891, n° 48.

(2) *Revue gén. de Clinique et de thérapeutique*, 1891.

Digitized by Google

les efforts de votre médication. C'est même là un principe de thérapeutique générale que je formule ainsi :

Quand vous ne pouvez plus rien sur un organe dont les profondes lésions ont supprimé les fonctions, efforcez-vous de réduire son travail, cherchez aussi l'organe compensateur, et adressez-vous à lui. C'est ainsi que dans les maladies du foie vous ferez de la bonne thérapeutique en pratiquant l'antisepsie intestinale et en favorisant l'élimination rénale.

ENSEIGNEMENT CLINIQUE DES HOPITAUX

CHIRURGIE

Hôpital Necker. — M. le Dr Le Dentu. I. *Diagnostic et traitement des arthropathies.* — **Hôpital de la Charité.** — M. le Dr Duplay. II. *Abcès de la marge de l'anus.*

I. **Diagnostic et traitement des arthropathies.** — De même que des arthropathies de nature identique peuvent se manifester sous forme de lésions différentes, de même des lésions articulaires en apparence semblables peuvent être de nature toute différente. Le diagnostic doit donc être précis, si l'on veut que le traitement soit approprié.

Un malade du service de M. Le Dentu présente une ulcération sous le gros orteil : avec un stylet on pénètre jusqu'à l'os, mais non dans l'articulation qui ne paraît pas atteinte de lésions graves ; on y perçoit cependant de la crépitation, et l'on reconnaît un mal perforant qui a débuté par un durillon : celui-ci s'est enflammé, il s'est formé un petit cratère qui a pénétré de plus en plus : on sait que dans certains cas l'ulcération atteint les os et les nécrose. On connaît bien maintenant la pathogénie de ces maux perforants : Les uns se rattachent à des troubles de nutrition locale (artério-sclérose des vaisseaux), parfois à la glycosurie ou à des névrites, et le plus souvent au tabes. C'est à la catégorie des arthropathies tabétiques qu'appartient le mal perforant de ce malade, qui présente par ailleurs tous les symptômes du tabes.

Un second malade est affecté d'une hypertrophie de la partie inférieure du tibia et du péroné ; c'est une de ces hyperostoses que l'on attribuait autrefois au rhumatisme. Mais il faut remarquer que l'ostéite rhumatismale, si elle hypertrophie les os, le fait d'une manière régulière, sans changer la forme de l'articulation ; le malade d'ailleurs n'a pas eu de rhumatisme, mais il offre des symptômes assez nets de tabes : douleurs fulgurantes, diminution des reflexes, inégalité pupillaire, etc. On a donc affaire à une de ces lésions osseuses du tabes qui ont été si bien mises en relief par M. Charcot. Ordinairement c'est une atrophie que l'on observe, la diaphyse de l'os seule est atteinte, et il se fait un travail de raréfaction de l'os, qui produit quelquefois des fractures spontanées, non douloureuses. Cette atrophie est précoce chez les tabétiques ; elle est inégale, déformante ; il y a une sécrétion exagérée de la synoviale, relâchement des ligaments, atrophie consécutive des muscles. Fait bizarre, du jour au lendemain l'arthropathie revêt une forme hypertrophiante, et l'on observe un gonflement brusque, mais toujours *indolent*, ce qui est la caractéristique de l'arthropathie tabétique.

Voilà donc deux malades chez lesquels on observe des lésions qui, bien qu'elles ne semblent avoir aucun rapport, sont de même nature.

Un troisième au contraire présente une affection semblable en apparence à celle du précédent, mais qui en diffère totalement comme pathogénie. C'est une hypertrophie considérable de l'extrémité supérieure du tibia : craquements secs dans l'articulation, accumulation de liquide dans un point limité de la synoviale, production d'ostéophytes dans le creux poplité, déformation de l'articulation. L'origine rhumatismale paraît certaine, et cependant le malade n'est pas un rhumatisant. Mais il a eu, il y a vingt ans, une fracture du tibia vers son tiers inférieur, et M. Le Dentu, attribuant l'arthrite du genou, à ce traumatisme, pense que l'on peut expliquer le processus par l'irritation des nerfs sensitifs au niveau de la fracture, irritation qui aurait retenti par action réflexe sur l'articulation.

Quelle que soit la raison, on ne peut nier que la fracture ancienne ait influé sur l'arthropathie : Si elle n'en n'a pas été la cause directe et unique, comme le pense M. Le Dentu, elle a tout au moins prédisposé le malade à l'arthritisme.

II. **Les abcès de la marge de l'anus.** — Les abcès de la marge de l'anus se divisent en abcès aigus et abcès chroniques. Les abcès aigus se subdivisent eux mêmes en abcès de la marge proprement dite, ou espace pelvi-rectal inférieur, et abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur. C'est le muscle releveur de l'anus qui forme la limite.

N'envisageant que les abcès de la marge proprement dite, M. Duplay en considère trois variétés : deux superficielles, phlegmon circonscrit, occupant le tissu cellulaire, et phlegmon non circonscrit ; et une profonde : abcès de la fosse ischio-rectale.

Ces trois variétés peuvent être observées en ce moment dans le service :

Une femme de 27 ans (salle Gosselin n° 22) soignée depuis un mois pour abcès post-puerpéral, atteinte d'hémorrhoïdes depuis douze ans, a déjà eu des abcès à l'anus. Quatre jours avant son entrée (18 novembre) elle eut son retour de couches. Elle ressent une douleur à la marge de l'anus quand elle fait les efforts de la défécation. On sent une grosseur occupant le côté gauche de l'anus et du périnée — chaleur, rougeur, douleur et fluctuation manifestes. Au toucher rectal, la tuméfaction ne se prolonge pas dans le rectum : elle est donc superficielle. Le lendemain de son entrée on incisa la poche, d'où s'écoula un pus fétide et sanguinolent et on constata qu'elle se prolongeait du côté du rectum entre la muqueuse et le sphincter. La malade est aujourd'hui guérie (27 novembre). Il est probable qu'il s'agissait ici d'une lymphangite superficielle déterminée par l'écoulement vaginal (retour de règles, flueurs blanches consécutives à l'accouchement) et surtout par les hémorrhoïdes enflammées de la malade, qui sont la cause prédominante des abcès qu'elle a eus.

Un second malade (salle Velpeau), athéromateux, variqueux, hémorrhoïdaire depuis 20 ans, a eu, deux jours avant son entrée (19 novembre), une sensation de

Digitized by Google

prurit et de gêne. Une petite grosseur s'est développée sur le bord gauche de l'anus, allongée dans le sens des plis rayonnés. Rougeur, chaleur, douleur à la pression, fluctuation manifeste. Rien dans le rectum, sinon quelques hémorrhoïdes flasques. On incise le 21, trois jours après le malade sort guéri. M. Duplay pense qu'ici l'abcès avait été amené par la malpropreté, les sueurs et surtout par l'infection des glandes pilo-sébacées.

La troisième malade enfin, offre un exemple de la variété ischio-rectale. Cette femme de 21 ans (salle Gosselin, 18) n'a pas d'antécédents. Constipée il y a 15 jours, elle prit une purgation et ressentit à sa première garde-robe une douleur qui, dès lors, ne la quitta plus. Elle entra à l'hôpital le 12 novembre avec une rétention d'urine. On observe un gonflement énorme occupant toute la périphérie de l'anus, avec un maximum à droite. La poche est rouge, tendue, fluctuante, douloureuse au point d'empêcher le toucher rectal. Le lendemain, l'abcès est incisé sous le chloroforme, il en sort une quantité de pus, et l'on peut constater par le toucher que la poche se prolonge vers le périnée, vers la fosse ischio-rectale qui est envahie, et à gauche vers la face postérieure du rectum, où l'on fait une seconde incision. L'abcès avait la forme d'un fer à cheval. On panse la plaie avec une mèche de gaze iodoformée, et la malade est en voie de guérison. Le diagnostic de cette variété d'abcès ne peut se faire que lorsque la poche a été ouverte. On a à craindre le décollement et la persistance d'une fistule. La cause de ces abcès est ordinairement une phlébite hémorrhoïdaire ou un traumatisme.

Enfin, pour le diagnostic de ces variétés d'abcès de la marge de l'anus, il faut se souvenir que, chez les tuberculeux, il se forme une collection purulente, qui évolue à la manière des abcès froids.

P. Chevillot.

THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE

De la prophylaxie des abcès du sein pendant la grossesse et l'allaitement

L'allaitement est la cause la plus fréquente, et de beaucoup, des abcès du sein. On sait que la primiparité, le lymphatisme, d'une part, la mauvaise conformation des mamelons, d'autre part, jouent un rôle plus ou moins important au point de vue de la prédisposition. Mais la pathogénie immédiate comprend deux termes essentiels : la sensibilité des mamelons aux gerçures, aux fendillements épidermiques, et en second lieu, l'introduction par ces petites plaies d'un germe septique. L'engorgement laiteux ne suffit pas à expliquer les suppurations mammaires, et la preuve en est le grand nombre de femmes qui n'ont aucun accident de ce genre, bien qu'elles ne nourrissent pas ; sans compter l'observation de M. Budin, où une accouchée, autrefois amputée des deux seins, eut une forte montée laiteuse dans les lobules de ses glandes qui avaient échappé au bistouri, mais sans aucune trace d'inflammation.

Toute la prophylaxie des abcès du sein se résume de la manière suivante :

1° Prémunir les mamelons contre leur tendance à s'excorier ;

2° Empêcher les germes de se déposer à leur surface.

La première indication doit être remplie, autant que possible, dans le neuvième mois de la grossesse. A l'hôpital, où d'habitude les femmes n'arrivent qu'au dernier moment, on rencontre de ce fait une difficulté que M. Tarnier nous apprend à tourner à l'aide des moyens qu'il préconise ; mais en ville, le médecin est souvent consulté de bonne heure, et il pourra donner des conseils utiles. Le massage modéré du bout du sein, l'emploi de pommades ou de liquides légèrement astringents donneront de bons résultats (1). M. Pingat, dans sa thèse excellente d'ailleurs, a peut-être fait trop bon marché de ces petites précautions. Il a du reste complètement raison de montrer les dangers réels de quelques-unes d'entre elles ; le massage, par exemple, doit être fait doucement, et surtout avec des doigts absolument propres, sans quoi les frictions, faites trop durement et sans soins antiseptiques, produiraient justement ce qu'on veut éviter. Mais il est facile de faire comprendre à la femme l'importance de la propreté manuelle, et de lui recommander de se savonner et de se rincer les mains, au sublimé, par exemple, avant de procéder au massage.

Comme pommade, P. Dubois prescrivait la suivante :

Huile d'amandes douces.	ãã 10 grammes.
Beurre de cacao.....	
Tannin.....	

Aujourd'hui, on évite les corps gras qui rancissent à la longue, et on utilise volontiers les lotions astringentes. MM. Tarnier et Chantreuil recommandent l'eau alcoolisée de plus en plus chargée ; on peut remplacer l'alcool par du rhum ou du cognac de bonne qualité. Les lotions seront faites deux fois par jour, en même temps que les séances de malaxation. On peut aussi se servir de la pommade suivante :

Vaseline.....	40 grammes.
Teinture de benjoin.....	10 —
Oxyde de zinc.....	5 —
Essence de roses.....	II gouttes.

Quoi qu'il en soit, une fois que la femme est accouchée, comment faire pour éviter les abcès du sein ? La deuxième indication s'impose : il faut empêcher les germes nuisibles d'arriver sur le sein. Voici le moyen qui est employé journellement à la clinique de la rue d'Assas, dans le service de M. Tarnier : « L'asepsie de la région mammaire est préalablement assurée : 1° par un grand bain donné à toute femme qui entre en travail ; 2° par des toilettes et des lotions savonneuses des seins faites après la délivrance ; puis, dès la première tétée, on étend sur les seins des compresses imbibées d'une solution de bichlorure de mercure à 0 gr. 20 pour mille. Ces compresses doivent toujours être humides et, par conséquent, doivent être au besoin humectées de temps en temps pendant la journée. Par-dessus chaque compresse, on place, pour éviter l'évaporation, un large morceau de taffetas gommé, et le tout est maintenu par

(1) Pingat. (*Thèse de Paris*, 1891).

Digitized by Google

une bande de tarlatane qui fait le tour du corps, se croise et revient s'attacher en avant à l'aide de deux épingles de nourrice. Ce pansement, ainsi fait, se moule bien sur le corps ; il est à la fois solide et peu gênant. Chaque fois que la mère veut donner le sein, elle retire ses compresses et se lave, pour enlever l'excès de sublimé, ou avec de l'eau boriquée, ou avec une solution de chlorure de sodium. Si, de temps en temps, elle oublie cette précaution, il n'y aura pas grand mal, car avec la solution employée, l'enfant qui absorbe le peu de liquide antiseptique restant sur le mamelon ne risque même pas d'être incommodé. » (Pingat.)

En cas de gerçures ou de crevasses constituées, le même traitement sera établi. Si la douleur est très vive, surtout au moment des tétées, on appliquera sur le mamelon sensible un peu de coton hydrophile imbibé d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 5 ou 10 pour 100. Le coton sera laissé en place pendant cinq minutes, et l'enfant pourra ensuite prendre le sein sans faire souffrir sa mère.

Si la crevasse est profonde, la nourrice usera d'un bout de sein artificiel, ou d'une téterelle biaspiratrice.

Enfin, si la douleur est vraiment insupportable, si l'inflammation tend à se manifester, il faudra suspendre momentanément l'allaitement. Le repos de l'organe, joint à une légère compression ouatée, sans oublier les pansements antiseptiques, feront tout rentrer dans l'ordre.

Telle est la méthode employée dans le service de M. Tarnier: elle donne d'excellents résultats; en effet, les abcès du sein ont complètement disparu dans cet établissement.

Les pansements antiseptiques sont nécessaires pendant les premières semaines de l'allaitement. Au bout de ce temps, il suffit en général de faire un lavage simple avant et après chaque tétée pour éviter tout accident.

Quand l'accouchée ne doit pas nourrir, la compression ouatée unie aux soins antiseptiques permet d'obtenir la disparition du lait, sans aucun danger de suppuration.

Dr Demelin.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. *Traitement de la chorée par la liqueur de Fowler à haute dose et par la strychnine.* — II. *La naphtaline contre la coqueluche.* — III. *Traitement des névralgies faciales rebelles par les injections de cocaïne.* — IV. *Les sels de strontiane dans le traitement de l'albuminurie.*

I. **Traitement de la chorée par la liqueur de Fowler à haute dose et par la strychnine.** — Ce n'est pas là une médication nouvelle que nous allons rappeler. Mais, comme je l'ai démontré, il y a trois ans, à cette même place (1), l'antipyrine, prônée, comme tout médicament nouveau, contre une affection rebelle, est loin d'être un médicament infaillible. Il est donc bon quelquefois de revenir aux anciennes médications.

Contre la chorée, l'arsenic a été employé sous forme d'injections sous-cutanées. Mauvaise méthode : d'abord, la liqueur de Fowler attaque fortement les aiguilles de Pravaz ; ces injections sont fort douloureuses, elles laissent après elles des indurations persistantes et même des abcès. Ce sont les raisons qui font préférer très justement par M. Roussel (de Saint-Étienne), la voie gastrique à la voie hypodermique. Il cite six observations où l'administration de la liqueur de Fowler à doses croissantes a pu procurer une amélioration très sensible et une guérison relativement rapide dans des cas rebelles à tout traitement. On sait que la liqueur de Fowler renferme un centième de son poids d'arsenic blanc, soit un centigramme par XX gouttes. Or, chez des enfants de dix à quinze ans, M. Roussel commence par trois ou six gouttes le premier jour, pour augmenter d'une goutte tous les jours et arriver à XIV et même à XXXII gouttes. Lorsque, sous l'influence de cette médication, l'amélioration reste stationnaire, il faut remplacer la liqueur de Fowler par le sirop de sulfate de strychnine de Trousseau, à la dose progressive d'une à trois cuillerées à café par jour.

Mode d'administration de la liqueur de Fowler pour les enfants : On la donne aux repas, dans un peu d'eau vineuse. De cette façon, elle est bien tolérée.

II. **La naphtaline contre la coqueluche.** — La coqueluche, encore une maladie rebelle contre laquelle la richesse des moyens médicamenteux cache une pauvreté thérapeutique. C'est ainsi qu'on a proposé l'*antipyrine*, la *quinine* (0,05 centigrammes à trois mois, 0,20 centigrammes à dix-huit mois, et de deux à cinq ans, autant de décigrammes que d'années), les infusions de *thym* vulgaire à l'état frais, qui guériraient la coqueluche en moins de quinze jours, d'après Johnson et Nœvius, médecin russe ; les insufflations de *chlorure d'argent* associé à l'*hyposulfite de soude* (Lœffler) ; la *caféine*, la *grindelia robusta* ; les inhalations d'*ozone*, de *bromoforme* à la dose d'une à cinq ou six gouttes, suivant l'âge, trois fois en vingt-quatre heures ; les inhalations d'*eau chloroformée*, etc., etc., pour ne parler que des médications moins connues.

Le Dr Chavernac (d'Aix), qui les rappelle, affirme que rien ne réussit mieux que les inhalations de naphtaline proposées déjà en 1860 par le Dr Garnier (de Lyon). (*Bull. de thérap.*, 30 oct. 1891).

Mode d'emploi : Dans la chambre du malade, on place 15 à 20 grammes de naphtaline dans un récipient en faïence sur un réchaud garni de charbons ardents, et on laisse chauffer lentement. Elle ne tarde pas à entrer en fusion et inonde bientôt l'appartement de ses vapeurs argentines assez agréables à respirer.

A l'aide de cette médication bien simple, la coqueluche guérirait en quelques jours. Nous nous permettons d'en douter. Cependant, c'est là un moyen qui nous parait simple et que les praticiens peuvent expérimenter contre une affection dont la ténacité fait quelquefois le désespoir de malades et médecins.

III. **Traitement des névralgies faciales rebelles par les injections de cocaïne.** — Il y a des névralgies faciales qui résistent à tout traitement, témoin ce cas observé par Malherbe (de Nantes), relatif à cette affection durant depuis dix-neuf ans et n'ayant cédé qu'à des injections de cocaïne pratiquées *loco dolenti*. Une autre observation du même auteur, puis trois autres faits de Popoff (*Rev. des Sc. méd.*, t. XXV, p. 482), de Cabrian y Diez (*Bull. méd. chir. de Madrid*), et de Hillier (*Brit. med. journ.*, 1887), démontrent les bons effets de cette médication.

Puisque la cocaïne agit sur les terminaisons nerveuses sensitives (comme le curare sur les terminaisons nerveuses

(1) *Revue de clinique et de thérapeutique*, 1888, n° 20.

Digitized by Google

motrices) il faut admettre que l'amélioration ou la guérison des névralgies par ce premier médicament, ne peut avoir lieu que si ces névralgie, sont d'origine périphérique et non centrale. De plus, comme les accidents de cocaïnisme aigu (angoisse précordiale, affaiblissement du pouls, lipothymies, syncopes) surviennent plus souvent lorsque l'injection est pratiquée à la tête ou à la face, il faut commencer par des doses faibles (0,01 à 0,02 centigrammes à 0,05 centigrammes au plus), Il est bon aussi de se rappeler, en cas d'accidents toxiques, assez rares à la vérité, que le nitrite d'amyle semble le véritable antidote de la cocaïne.

Voici les formules que l'on peut employer indifféremment :

1°	Eau distillée	20 grammes.
	Chlorhydrate de cocaïne	1 —
2°	Eau distillée	20 grammes.
	Acide borique	0 50 centigr.
	Chlorhydrate de cocaïne	1 gramme.
3°	Eau distillée	10 à 15 grammes.
	Glycérine neutre	10 à 5 —
	Chlorhydrate de cocaïne	1 —

Les deux dernières formules donnent des solutions ne se laissant point envahir par les moisissures, comme la solution dans l'eau distillée. — Injecter une demi-seringue, ou même un quart de seringue.

Mode d'administration (d'après M. Malherbe) *(Gaz. méd. de Nantes*, 12 sept. et 12 nov. 1891) :

On pique légèrement la peau *loco dolenti;* puis, dès qu'on a pénétré dans le derme, on injecte une goutte qui anesthésie les tissus par son contact ; on enfonce ensuite doucement en continuant à injecter, de manière à faire précéder, pour ainsi dire, la pointe de l'aiguille de la goutte insensibilisante. (C'est ainsi qu'on rend l'injection fort peu douloureuse et sans aucun danger.) Quand la pointe de l'aiguille est parvenue vers le milieu de la région douloureuse, on pousse le piston en ayant soin de retirer ou d'avancer doucement l'aiguille, et en changeant quelque peu sa direction. (De cette façon, on arrive à étaler le liquide sur une plus grande partie du territoire douloureux, et l'on évite, à coup sûr, de faire une injection intra-veineuse de cocaïne). — Ces injections doivent être répétées deux ou trois fois par semaine.

Voilà encore un moyen dont on peut conseiller l'essai contre une maladie fort douloureuse et fort rebelle.

IV. **Les sels de strontiane dans le traitement de l'albuminurie.** — M. Constantin Paul revient sur cette question à la dernière séance de la Société de thérapeutique. Comme nous l'avons déjà dit (1), les praticiens ne doivent point se hâter de prescrire ces nouveaux médicaments. Les sels de strontiane sont à peine toxiques, comme M. Laborde l'a si bien démontré. Mais, comme on ne peut les obtenir que difficilement à l'état de pureté et qu'ils renferment presque toujours *des sels de baryte*, **très toxiques**, je crois rendre service aux praticiens, en leur recommandant de ne pas employer encore cette médication dont l'innocuité est loin d'être prouvée.

J'ai vu, en ville, des accidents produits par l'administration d'iodure de strontiane par un médecin trop pressé d'employer les médicaments nouveaux non encore éprouvés par une suffisante expérience.

Les praticiens doivent attendre de nouvelles et plus décisives recherches.

HENRI HUCHARD.

(1) *Revue générale de clinique et thérapeutique*, 1891, n° 48.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

OPHTALMOLOGIE

De la péritomie dans la kératite et le pannus phlycténulaires, par M. VERREY. — Avocat de cette opération contre une affection aussi rebelle, l'auteur lui attribue les avantages suivants : quasi-certitude d'un résultat définitif, rapidité de la guérison et résolution des exsudats sans opacités trop persistantes (*Revue médicale de la Suisse romande*, 20 novembre 1891).

Voici le mode opératoire qui procure à M. Verrey de tels succès :

Anesthésie de la cornée avec la solution cocainique au dixième, que l'on instille dix minutes avant l'opération. Placer l'écarteur des paupières, puis avec les pinces à griffes saisir la conjonctive à deux ou trois millimètres du limbe cornéal. Avec la pointe des ciseaux, sectionner à ras de la cornée les deux tiers ou la moitié de la circonférence d'insertion de la conjonctive. Détachement de la membrane conjonctivale avec la capsule de Tenon et si, ainsi libérée, elle se rétracte faiblement en arrière, résection d'un lambeau circulaire d'environ 3 à 4 millimètres de largeur ; on sépare ainsi la conjonctive avec l'insertion de la cornée par un espace de 3 à 4 millimètres dans lequel la sclérotique est à nu. Terminer l'opération par une scarification de la couche épisclérale et de la sclérotique de façon à sectionner un grand nombre de vaisseaux. Compresses froides pour arrêter l'hémorragie ; poudre d'iodoforme, bandage occlusif et compressif. M. Verrey condamne la péritomie ignée, redoutant la formation d'une cicatrice annulaire et des brûlures par rayonnement. S. R.

Le nitrate de strychnine contre l'amblyopie toxique, par M. MELVILLE-BLACK. — Le nitrate de strychnine a été employé de préférence aux autres sels de strychnine, non pas à cause de ses effets thérapeutiques, mais parce que, en injections hypodermiques, il est le moins irritant des sels de cet alcaloïde. (*The New-York Med. Journal*, sept. 1891).

Le sulfate de strychnine produit des abcès en dépit de tous les soins que l'on peut prendre, aussitôt qu'on l'emploie à doses un peu élevées. Le nitrate, au contraire, n'a pas ces inconvénients.

Il n'y a aucune différence entre les injections profondes et les injections superficielles, à la condition que l'aiguille, la seringue et la peau soient aseptiques.

L'auteur fait de préférence des injections dans le biceps, avec la solution suivante :

Nitrate de strychnine	0 gr. 50 centigr.
Eau distillée	30 gr.

A la suite des injections le malade éprouve ordinairement de la fatigue, du vertige, de l'incoordination et de la faiblesse des jambes.

Le malade doit en même temps cesser absolument l'usage de l'alcool et du tabac. L'auteur a remarqué que si l'on a eu soin d'examiner l'état de la vision auparavant, on la trouve toujours augmentée une heure après l'injection.

P. C.

RHINOLOGIE

Un cas de mycose aspargillaire de l'antre d'Highmore, par M. ZARNICKO. — La malade, femme de 50 ans, se plaignait d'obstruction des fosses nasales, de céphalalgie, et d'une sécrétion nasale fétide et abondante et de tintements d'oreille. Par l'examen rhinoscopique, on constata au niveau du cornet moyen, une tumeur et un écoulement purulent quand on soulevait la tumeur. (*Deut. méd. Woch.*, 29 oct 1891).

Après l'ablation de celle-ci, on introduisit un tube dans l'antre d'Highmore que l'on irrigua avec l'eau boriquée et la

Digitized by Google

on de sublimé. On continua les irrigations et la suppuration se tarit.

A l'examen microscopique, la tumeur fut reconnue pour un fongus ayant tous les caractères de l'*aspergillus fumigatus*. Il s'agissait donc d'une oto-mycose. L. B.

TOXICOLOGIE

Accidents par le salol, par M. Dérignac. — Chez certains malades, M. Morel Lavallée et M. Cartaz avaient déjà noté des éruptions saloliques consécutives à des pansements externes (1). Dans deux cas que signale M. Dérignac, des symptômes d'empoisonnement grave ont apparu à la suite d'administration à l'intérieur de doses de salol pourtant assez faibles (*Limousin méd.*, oct. 1891).

L'auteur avait ordonné dans un cas, chez un adulte 0,20 centigr. de salol à prendre toutes les deux heures; après la troisième dose, les phénomènes toxiques apparurent.

Dans le second cas, celui d'un enfant atteint de fièvre typhoïde légère, les accidents survinrent après l'ingestion de la troisième dose de salol à 0,10 centigr., les doses étant éloignées de quatre heures les unes des autres.

Les urines étaient noires comme après l'ingestion d'acide phénique et contenaient une notable quantité d'acide salicylique qu'y décèla le perchlorure de fer.

Le salol est donc toxique dans certains cas à faible dose et même chez des sujets dont l'appareil rénal et le cœur sont intacts. P. C.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Pharmacologie du salicylamide, par M. Nesbett. — Les conclusions de cette étude peuvent se résumer ainsi. Au point de vue physiologique, l'amide de l'acide salicylique paralyse d'abord le nerf, ensuite le muscle. Son effet sur le cœur porte surtout sur le muscle cardiaque,

Il diminue le réflexe spinal. Il agit aussi sur les fibres sensitives, dont il diminue la sensibilité. Il diminue l'irritabilité musculaire, et ne paraît pas avoir d'effets particuliers sur la tension artérielle, non plus que sur la respiration. A doses médicinales, il abaisse la température, fait marcher le malade comme un ataxique et lui donne l'air hébété. (*The Therapeutic Gazette*, 15 oct. 1891).

Au point de vue thérapeutique ses avantages sur l'acide salicylique et ses sels sont les suivants : pas de goût; solubilité supérieure à celle de l'acide salicylique ; action plus prompte et à plus petites doses; enfin propriétés analgésiques. P. C.

Traitement de la coqueluche par l'ouabaïne, par M. Lindsay-Porteous. — L'ouabaine est un alcaloïde qui a pour formule $C^{30}H^{46}O^{12}$, et s'obtient par la cristallisation de l'extrait aqueux de racines d'Ouabaïo, plante voisine de la *Carissa Schimperii*. De même que le Strophantus, le suc de cette plante est employé comme un poison par les Somalis de l'Afrique (*The New-York Méd. Journ.*, *sept.* 1891).

Ce poison amène la mort par arrêt du cœur. Son pouvoir toxique est plus grand quand il est administré par la voie hypodermique; un demi-milligramme ainsi donné tue un homme.

Le Dr Gemmel l'a préconisé dans le traitement de l'asthme et de la coqueluche. Il en donnait à des enfants coquelucheux âgés de cinq ans, cinq centièmes de milligramme toutes les trois heures. On peut aller jusqu'à un milligramme par jour par la voie stomacale Ces doses diminuent toujours beaucoup la fréquence et l'intensité des quintes.

M. Porteous a repris ces essais et constate que l'ouabaine ne s'accumule pas; elle abaisse la température, le pouls et la respiration, et arrête la diarrhée qui est de règle dans la coqueluche. De même que le strophantus, ce médicament augmente la diurèse et l'appétit. P. C.

(1) Voir *Revue Générale de clinique et de thérapeutique* 1891, n° 38, p. 593 et n° 45, p. 708.

TRAVAUX ORIGINAUX

MALADIES DES ENFANTS

Des diarrhées infectieuses chez les enfants

Par MM. les Drs Macé, professeur, et P. Simon, agrégé *à la Faculté de médecine de Nancy.*

Dans le cours des mois de décembre et de janvier derniers, nous avons eu l'occasion d'observer à la clinique des enfants de l'hôpital civil de Nancy trois cas de diarrhées infectieuses qui se compliquèrent deux fois de broncho-pneumonie et dont l'un eut une terminaison fatale. Il s'agissait des trois enfants d'une même famille, habitant un logement humide et malsain et qui furent pris successivement d'un flux intestinal rebelle dont nous n'avons pu saisir la cause; les parents étaient d'ailleurs restés parfaitement indemnes. L'un de ces cas nous a permis de constater que l'agent infectieux n'était autre qu'une bactérie présente normalement dans le tube intestinal, le bacille d'Escherich (*bacillus coli communis*), espèce pathogène pour les animaux auxquels on l'inocule expérimentalement, mais ordinairement inoffensive pour l'homme sauf dans certaines circonstances où elle serait capable de pulluler rapidement et d'acquérir alors les propriétés nocives.

La première de nos malades était une fillette de quatre ans, qui entra à l'hôpital le 29 décembre 1890 pour une diarrhée fétide et tenace qui durait depuis plus d'un mois (cinq à six selles par 24 heures) et qui avait entraîné un amaigrissement considérable. Une alimentation tonique et un traitement par le salicylate de bismuth arrêtèrent ces accidents et l'enfant sortit guérie le 26 janvier après avoir présenté des abcès multiples à l'une des mains et au niveau de l'apophyse mastoïde droite. L'affection avait évolué sans aucun appareil fébrile.

Le second cas a trait à un garçon de trois ans entré au service le 28 décembre; l'affection avait débuté huit jours auparavant par de la fièvre, de la toux, une anorexie absolue et une diarrhée abondante. Le 29 au matin on relève les phénomènes suivants : t. m. : 38,2, resp. 48. Faciès abattu, oppression très vive. Une dizaine de selles diarrhéiques jaunâtres extrêmement fétides depuis la veille, ventre un peu bouffi sans taches rosées. Râles sous-crépitants sans souffle dans les deux bases.

Les jours suivants, la fièvre se maintient entre 38 et 39° matin et soir, la diarrhée persiste au même degré ainsi que les signes pulmonaires. Enfin, le 3 janvier, (15e jour de la maladie), les selles redeviennent solides, la température est descendue graduellement jusqu'à la normale, mais le 6 janvier, elle s'élève de nouveau, et après quelques oscillations irrégulières, elle s'abaisse définitivement le 13 janvier ; la convalescence fut très lente et marquée par une otite suppurée droite.

Dans le dernier cas, il s'agissait d'une petite fille de dix-huit mois qui entra à l'hôpital le 12 janvier 1891.

Digitized by Google

Cette enfant atteinte depuis un mois d'une diarrhée abondante et fétide, aurait été prise depuis deux jours de toux, d'oppression et de fièvre intense. On note : t.s : 40, t.m : 40 ; pouls incomptable, respiration haletante, prostration, cyanose, râles sous-crépitants sans souffle à la base gauche et dans toute la hauteur du côté droit, avec sonorité plus faible à ce niveau. Ventre ballonné sans taches rosées ; diarrhée jaune excessivement fétide (10 selles depuis la veille au soir). Même état les jours suivants ; température 39 à 40° matin et et soir. Le 16 janvier, la fièvre tend à diminuer, mais l'état général reste mauvais ; les signes pectoraux s'accentuent et l'enfant finit par succomber le 19 au matin, 9 jours après le début des accidents fébriles. L'autopsie montra des noyaux multiples de broncho-pneumonie dans les poumons, notamment dans les lobes inférieurs et au sommet gauche, une dégénérescence graisseuse du cœur, du foie et des reins, une rate volumineuse, mais de consistance assez ferme. Le gros intestin était fortement vascularisé. L'intestin grêle offrait une psorentérie très marquée ; les plaques de Peyer étaient absolument indemnes.

Si dans la première de ces observations, il ne s'est agi que d'une diarrhée simple sans fièvre et sans autre complication que quelques abcès superficiels pendant la convalescence, le tracé thermométrique de la seconde a simulé, à s'y méprendre, celui d'une fièvre typhoïde à laquelle il n'aurait pas même manqué une légère rechute survenue trois jours après la défervescence. Cliniquement, il n'y avait eu ni épistaxis, ni sensibilité dans la fosse iliaque droite, ni taches rosées, ni tuméfaction appréciable de la rate ; mais le diagnostic de dothientérie ne paraissait pas douteux et nous n'avions, à cet égard, aucune hésitation jusqu'au jour où la troisième malade fut admise dans notre service : il s'agissait cette fois d'une enfant de 18 mois, âge où la fièvre typhoïde est exceptionnelle, qui présentait une diarrhée abondante et fétide, comme les précédents ; des foyers de broncho-pneumonie et un état général grave ; la mort survint au neuvième jour et l'autopsie ne révéla aucune des lésions caractéristiques de la dothienentérie ; les plaques de Peyer étaient normales ; il n'existait qu'une psorenterie très abondante dans la dernière partie de l'intestin grêle et une vascularisation anormale du gros intestin : la signature anatomique de la fièvre typhoïde faisait donc défaut. C'est chez ce dernier sujet que l'examen des fèces a donné les résultats qui suivent ; il nous a semblé qu'on pouvait, sans présomption, les appliquer aux deux autres ; en effet, les caractères objectifs des selles diarrhéiques chez tous trois semblent indiquer, de la façon la plus évidente, qui y a eu là une même infection qui a évolué d'une façon différente suivant la résistance des sujets : benigne chez l'un, elle s'est compliquée chez les deux autres d'une broncho-pneumonie dont le plus jeune, épuisé déjà par une diarrhée ancienne, n'a pu faire les frais.

Les selles, examinées aussitôt après leur émission, donnèrent, dans différents milieux, exclusivement, des cultures du Bacillus coli communis ; la prédominance de ce microbe sur les autres bactéries qu'on trouve avec lui dans l'intestin était telle que plusieurs séries d'inoculations donnèrent d'*emblée* des cultures *pures* de cette espèce. Ces résultats sont à rapprocher des travaux exposés récemment à la Société médicale des hôpitaux, sur le choléra nostras, par MM. Gilbert et Girode et ils doivent certainement tendre ensemble à faire attribuer à l'espèce en question une action nocive manifeste. D'ailleurs, nous pourrions citer encore d'autre faits en faveur de cette idée, et c'est ainsi que l'un de nous a déjà signalé la présence du bacillus coli communis dans la rate de sujets ayant succombé à une affection rappelant cliniquement certains des symptômes de la fièvre typhoïde.

Nous exprimerons, en terminant, le regret de n'avoir pu obtenir aucune donnée certaine sur les conditions de milieu et sur le mode d'alimentation de nos petits malades ; l'étiologie de l'affection nous échappe donc complètement.

CHIRURGIE D'URGENCE

De la conduite à tenir dans les cas de phlegmons et abcès profonds du cou

Les phlegmons et abcès profonds du cou sont très souvent des adéno-phlegmons et des abcès ganglionnaires. Cependant dans un certain nombre de cas, c'est bien le tissu cellulaire qui est primitivement enflammé.

Quoiqu'il en soit de cette localisation initiale de l'agent phlogo et pyogène, le chirurgien, à un point de vue exclusivement pratique, peut classer les inflammations profondes du cou en sus-hyoïdiennes, sous-maxillaires et rétro-maxillaires, sous-hyoïdiennes, sterno-mastoïdiennes et sus-claviculaires, suivant les régions spécialement ou primitivement intéressées.

A côté de ces phlegmons et abcès circonscrits, il faut accorder une place à part au point de vue des indications et du pronostic aux inflammations septiques diffuses sus ou sous-hyoïdiennes. C'est à cette dernière qu'on donne plus généralement la dénomination de phlegmon large du cou de Dupuytren.

Ces inflammations, quel que soit d'ailleurs leur siège anatomique initial par rapport aux aponévroses, présentent un tableau clinique tout différent des inflammations circonscrites ; elles sont le résultat d'une intoxication grave, d'une infection profonde et intense, d'où le retentissement sur l'état général ; elles donnent lieu, soit par compression directe, soit par la production d'œdèmes de voisinage, à des troubles sérieux du côté de la circulation et de la respiration.

Si le malade résiste à l'intoxication et aux accidents immédiats, la suppuration produit encore, si elle n'est combattue à temps, des décollements, des fusées à distance, de la thrombose ou de l'ulcération des gros vaisseaux de la région dont on prévoit sans peine les conséquences.

Notre conduite doit varier suivant que nous avons affaire à des inflammations circonscrites ou à des phlegmons et abcès diffus. Dans le premier cas la lésion est tout, dans le second, il faut encore nous occuper de l'état général.

Digitized by Google

Toutes les fois que nous observons un phlegmon profond du cou, il faudra, si la cause en est trouvée, lutter contre celle-ci quand cela est possible. C'est ainsi par exemple que l'on devra traiter rigoureusement toute ulcération de la bouche ou de la gorge porte d'entrée probable des germes dans un cas d'adéno-phlegmon sous-maxillaire.

Le phlegmon établi, peut-on espérer sa résolution ? Nous le croyons. Quand il est combattu tout à fait à son début, à notre avis, le moyen héroïque par excellence est encore, à cette période, l'émission sanguine locale par l'application d'un certain nombre de sangsues, ou bien encore des scarifications un peu profondes, sur lesquelles on applique un pansement antiseptique humide.

Dans certains cas encore nous nous sommes trouvés très bien des applications de compresses glacées, qui, si elles n'empêchent pas la suppuration, amènent au moins une rapide atténuation des phénomènes inflammatoires et une circonscription de l'abcès. Il faut les employer à la température de 2° à 3° pour qu'elles ne soient pas douloureuses et les remplacer très fréquemment.

Nous nous rappellerons toujours une malade atteinte d'un énorme adéno-phlegmon sous-maxillaire et mastoïdien, qui commençait à présenter une dyspnée assez sérieuse pour nous pousser à préparer ce qu'il fallait pour la trachéotomie et chez qui une saignée abondante amena rapidement la chute et la cessation des accidents.

Moindre est notre confiance dans l'emploi d'onctions aux diverses pommades dites résolutives, telles que celle à l'iodure de potassium et de plomb, telles que l'onguent napolitain belladoné. Quand la continuation des douleurs, le gonflement, l'empâtement et la fièvre démontrent la présence du pus, il faudra lui donner issue le plus tôt possible. Il est souvent très difficile et même impossible de sentir la moindre fluctuation au cou, lorsque la collection est profonde, et ce serait une grande erreur que d'attendre la manifestation de ce signe pour intervenir.

C'est à la température, à la douleur, au gonflement et à l'œdème qu'il faut s'attacher pour diagnostiquer la présence souvent encore profonde d'un foyer purulent.

Les incisions devront varier suivant les régions; toutefois on les dissimulera autant que possible en haut, derrière le corps de la mâchoire inférieure, en bas, dans les plis ou reliefs que forment les masses musculaires.

Elles ne devront être que peu longues ; dès que la peau et le tissu cellulaire et l'aponévrose superficielle auront été coupées, le bistouri devra être mis de côté, et c'est avec la sonde cannelée et le bout de l'index qu'il faudra chercher la collection plus ou moins profondément située. Le pus trouvé, on videra complètement la poche et on la traitera antiseptiquement, comme cela a été déjà indiqué. S'il y a des diverticules, des fusées, ne pas hésiter à faire des contre-ouvertures au point déclive pour y placer un drain.

Dans les cas d'incision antiseptique avec lavage, le pansement consistera en un peu de gaze antiseptique chiffonnée autour du drain, puis de compresses trempées dans une solution antiseptique faible, le tout maintenu par un taffetas imperméable et une bande qui ne peut jamais être bien serrée.

Quand le phlegmon est diffus d'emblée, comme à la région sus-hyoïdienne dans les cas d'angine infectieuse de Ludwig, à la région sous-hyoïdienne et sterno-mastoïdienne dans ceux dits phlegmons larges de Dupuytren, le traitement doit être immédiatement très énergique, local et général.

Localement, les tissus indurés et lardacés seront traversés plus ou moins profondément soit avec le bistouri, soit avec le couteau thermique, de façon à débrider et à permettre l'issue de la sérosité qui infiltre toutes les mailles du tissu cellulaire.

Les incisions longues et profondes porteront de préférence en des points où ne se trouvent pas de gros vaisseaux, soit le raphé médian du cou, le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien, le bord inférieur de la mâchoire. L'on devra être plus circonspect quand on agira sur la région sterno-mastoïdienne même, tout en se rappelant, que presque toujours les vaisseaux sont refoulés vers la profondeur et qu'il n'y a pas grand danger de les léser.

Les incisions faites seront pansées avec des compresses au sublimé à 1/2000e. En même temps, l'on soignera l'état général.

Il est fréquent de voir ces inflammations diffuses se développer sur des terrains tarés, sur des sujets alcooliques, diabétiques ou albuminuriques. Toujours est-il que le chirurgien devra tenir grand compte, et associer aux toniques l'alcool et le sulfate de quinine à hautes doses. Dans ces formes de phlegmons, le pronostic est très grave et il nous est arrivé, il y a un an, de perdre, de syncopes que rien ne faisait prévoir, trois malades atteints d'inflammation diffuse septique de la région sus-hyoïdienne consécutives à des angines infectieuses.

Dr Schwartz.
Professeur agrégé à la Faculté de Paris.

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

MÉDECINE

Comment traiter une angine simple aiguë ?

Par les émollients, les antiphlogistiques et les astringents ? C'était l'avis des classiques et cette médication suffisait quand la pharyngite aigüe avait rang parmi les inflammations à *frigore* ou par traumatisme (inspiration de gaz irritants, ingestion de boissons trop chaudes ou trop froides, etc.)

Par les antiseptiques et les parasiticides ? C'est le traitement du jour.

Comment en justifier l'opportunité ? Par la *contagiosité* d'angines aigües, en apparence simples, (épidémies de maisons ou de familles) — *par l'existence de localisations infectieuses et post-angineuses* primitives ou secondaires (adénites, bubons cervicaux, orchites, ovarites, suppurations, otites); — parce que, érodée, enflammée et dénudée de son revêtement épithélial, la muqueuse pharyngée est une *porte ouverte* aux agressions

Digitized by Google

bacillaires venant de l'extérieur — enfin, argument clinique, parce que l'évolution d'une angine simple a pour symptômes les caractères nosologiques cardinaux d'une maladie infectieuse ; des *phénomènes locaux*: douleur, dysphagie, gonflement et rougeur de la muqueuse ; *des phenomènes réactionnels* : fièvre, troubles gastro-intestinaux, ictère catarrhal, altérations des urines, parfois albuminurie ; des *phénomènes critiques*: polyurie, sudation, c'est-à-dire, décharges urinaires et sudorales.

Il reste la question du microbe. C'est une objection : la bactériologie cherche à y répondre. Quel est l'agent infectieux? Pneumocoque, staphylocoque, streptocoque, est-ce l'un, est-ce l'autre, au besoin s'associent-ils entre eux?

En tous cas, par analogie, on est en droit au nom de la clinique, de considérer l'angine simple comme une maladie infectieuse et de la traiter par la médication antiseptique et parasiticide. Voilà ce qu'il importe de retenir.

L'ère de l'eau d'orge miellée, de l'alun et de la décoction de feuilles de ronces est donc terminée; trois médications thérapeutiques s'imposent : 1° désinfection du foyer pharyngé par le *traitement local parasiticide*; 2° neutralisation de l'infection par le *traitement général antiseptique* ; 3° prévention de la contagion par le *traitement hygiénique et prophylactique*.

Comment satisfaire à ces indications?

I. **Traitement local ou parasiticide.** — Son but ? On le connaît : éteindre l'inflammation et la vitalité du microbe, fermer les portes d'entrée aux agents infectieux.

Ses moyens? Ceux de l'antisepsie buccale : les *attouchements pharyngés*, les *irrigations buccales*, les *gargarismes* parasiticides et désinfectants.

Quand et comment prescrire chacun de ces topiques?

Au début, on combinera leur emploi; il y a urgence de frapper, vite, fort et juste. Au déclin de la maladie, on abandonnera les attouchements, mais on continuera les irrigations et les gargarismes. Il faut bien, la prudence l'exige, maintenir la cavité bucco-pharyngrienne en antisepsie.

Parmi les *collutoires*, lequel choisir? Le collutoire phéniqué de Gaucher a été recommandé. On vante son activité : cela est vrai. Mais ne sait-on pas aussi que son extrême énergie en fait justement redouter l'emploi pour le pansement des fausses membranes de la diphtérie. Eh bien ! ici les objections sont les mêmes : il y a danger de détruire la muqueuse, et au contraire, on doit aider à la réparer. Il ne faut pas cependant, sous le prétexte légitime de détruire un foyer infectieux, ouvrir la porte aux agents pathogènes au lieu de la fermer devant eux.

Si on se décide pour l'acide phénique, on le prescrira seulement à doses modérées et de préférence sous la forme de phénol camphré :

Acide phénique cristallisé	àà 0,50 centig.
Camphre.....	
Glycérine.....	àà 50 grammes.
Eau distillée.....	
Essence de Wintergreen	II à V gouttes.

Les préparations salolées ne présentent point les mêmes inconvénients. Dans les formes ordinaires on choisira la suivante :

Salol	2 grammes.
Alcool	q. s. pour dissoudre.
Glycérine.....	40 grammes.

Ou mieux : le salol sulfoniné qui, par sa consistance onctueuse, séjourne plus longtemps sur la surface malade et l'imbibe.

Salol.....	5 à 10 grammes.
Sulforicinate de soude.....	95 ou 90 grammes.

Y a-t-il urgence d'obtenir un résultat plus rapide? On aura recours à l'emploi alternatif, mais prudent, des pansements avec les préparations salolées et avec celles de sublimé. Les attouchements avec la liqueur de Van Swieten répondent à cette indication.

La *technique de ces pansements* a été suffisamment détaillée dans ces colonnes (1). Je n'insiste pas, sinon pour rappeler que, pratiquées avec la plus grande douceur, au moyen d'un tampon d'ouate monté sur une pince, mais non au moyen du pinceau de molleton ou de blaireau, ces attouchements seront répétés plusieurs fois quotidiennement et toujours après une irrigation buccale.

En *gargarismes*, on ordonnera, avec les mêmes précautions, soit l'acide salicylique en solution à 1 pour 300, médiocre parisiticide, mais plus efficace antiseptique; l'eau naphtolée, la solution de coaltar au cinquantième ou l'eau créolinée :

Solution de créoline au 100° ..	àà 1 partie
Eau chaude	

L'eau créolinée provoque une sensation de brûlure que l'on fait disparaître par un gargarisme avec de l'eau tiède.

En *irrigations*, usage des mêmes topiques, ou plutôt emploi de l'eau salolée obtenue, par un mélange, dans un litre d'eau chaude, et au moment du pansement, de la solution alcoolique suivante :

Salol.....	1 gramme.
Alcool.....	50 —

En raison de sa médiocre toxicité et de sa faible solubilité, le salol est l'antiseptique de choix surtout quand le malade est un enfant. L'irrigation salolée laisse, en effet, après elle sur la muqueuse buccale une couche de fine poudre de salol.

II. **Traitement général et antiseptique.** — D'une part, il consiste dans l'*antisepsie intestinale* : administration du bétol, du naphtol, du salicylate de bismuth, si, par exception, il existe de la diarrhée et du salicylate de magnésie comme laxatif ou du calomel comme purgatif, dans le cas plus habituel de constipation (2).

Mais le moyen le plus puissant de mettre l'organisme en état de résistance consiste, on le sait bien, dans l'administration des toniques, vin, alcool, préparations de quinquina, de kola, café, etc., et dans l'alimentation.

(1) Voir Ch. Elov : De la conduite à tenir dans un cas d'angine couenneuse : *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique* : juillet et août 1891.

(2) Voir : H. Huchard : De l'antisepsie intestinale (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, n° 48, 1891).

Digitized by Google

La dysphagie est sans doute un obstacle à cette dernière; on évitera donc d'exagérer la douleur pharyngée en prescrivant surtout des aliments de molle consistance : lait, œufs, potages, etc. On la préviendra en procédant, avant chaque repas, au badigeonnage de l'isthme du gosier avec une des préparations suivantes :

Hydrochlorate de cocaïne.....	0.10 centigr.
Glycérine neutre.....	10 grammes.

Ou bien la mixture de Huchard :

Bromure de potassium.....	5 grammes.
Hydrochlorate de cocaïne.....	0 50 centigr.
Glycérine neutre..... } ãã	10 grammes.
Hydrolat de menthe..... }	

Ou mieux encore une *pulvérisation* tiède avec la solution borico-cocaïnée :

Acide borique.....	5 grammes.
Hydrochlorate de cocaïne.....	0.50 centigr.
Glycérine pure	45 grammes.
Eau distillée	300 —

Dans le *traitement de la fièvre* et de l'*hyperthermie* on a la ressource de la quinine, de l'antipyrine ou de l'acide salicylique. On les ordonnera en potion plutôt que sous la forme de cachets, plus difficiles à déglutir:

Antipyrine.....	1 à 3 grammes.
Eau.....	100 —
Sirop de punch.....	30 —

A prendre en trois fois dans la journée.

Sulfate neutre de quinine...	0 60 centigr. à 1 gr.
Sirop de quinquina..... } ãã	20 grammes.
Sirop de codéine..... }	
Eau distillée	100 —

A prendre en deux fois à trois heures d'intervalle.

Acide salicylique.....	2 grammes.
Gomme arabique.....	20 —
Sirop simple.....	20 —
Eau distillée.....	120 —

Une cuillerée à soupe de deux en deux heures.

III. **Traitement hygiénique et prophylactique.** — L'*isolement du malade* dans la famille et, s'il est écolier, hors du milieu scolaire s'impose donc, cela se comprend.

La durée en sera courte : un septenaire au plus après la résolution des symptômes. On l'abrégera même encore si le malade continue attentivement les pratiques de l'antisepsie buccale.

Je passe sur l'*aération* de la chambre où il séjourne, la *destruction des pièces de pansements* à son usage, les *soins de propreté*, la *desinfection des locaux* en cas d'épidémie et l'utilité, dans les mêmes circonstances, de recommander aux gardes-malades les précautions diverses de l'antisepsie buccale et générale.

C'est banal, mais cela suffit. Dans la prophylaxie, pas de zèle intempestif; dans la thérapeutiqne, du tact. Contre une maladie où, somme toute, la malignité est l'exception, évitons, comme un maître aimé, M. Cadet de Gassicourt, l'a si bien dit, de prendre une massue quand il suffit d'une houssine.

Ch. Eloy.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

DERMATOLOGIE

I. **Traitement antiseptique du pityriasis versicolor.** — Le rôle pathogène du *microsporon furfur* est secondaire, le parasite se développant seulement sur la peau de dyspeptiques atteints de séborrhée. D'où deux indications pour le traitement rationnel de cette affection :

Traitement général et antidyspeptique. — 1° Favoriser les évacuations intestinales par les purgatifs: salicylate de magnésie, huile de ricin. — 2° Associer les antiseptiques intestinaux à ces purgatifs et aux alcalins. (De Molènes, Costilhes).

Bicarbonate de soude ..... }	ãã 5 gr.
Salol ..... }	
Magnésie..... }	

Pour 15 cachets. Un avant chaque repas principal.

Traitement local antiséborrhéique et parasiticide (Brocq). — 1° Chaque matin lotions chaudes avec frictions au savon noir, laisser sécher la mousse; puis lavages détersifs à grande eau ;

2° Tous les deux jours, bains sulfureux suivis de frictions sur les régions malades avec le savon noir au naphtol où à la pierre ponce :

Savon noir.....	500 grammes.
Pierre ponce finement pulvérisée.	250 —

3° Onctions quotidiennes antiseptiques avec la mixture suivante :

Résorcine.....	5 à 10 grammes
Huile de ricin	45 —
Alcool à 90°	150 —
Baume du Pérou.....	0,50 centigr.

Ou bien:

Acide salicylique.....	2 à 3 grammes
Soufre précipité.....	10 à 15 —
Lanoline.....	70 —
Vaseline.....	18 —

GYNÉCOLOGIE

II. **Traitement antiseptique de la métrite aiguë.** — Deux indications à remplir : 1° rétablir le calibre du canal cervical oblitéré par la muqueuse enflammée; 2° réaliser l'antisepsie utérine. Dans le service de M. Labadie-Lagrave, à la Maternité, voici comment on y satisfait :

Première indication. Restituer au canal cervical son calibre. — 1° On commence par rendre le vagin aseptique par des injections bi-quotidiennes avec la solution de sublimé aux deux millièmes;

2° Dilatation avec la laminaire préalablement rendue aseptique par un séjour dans une solution de sublimé à 1 pour 1000, et suivie d'une irrigation antiseptique. Tamponnement vaginal avec le coton hydrophile au sublimé. Répéter la dilatation quotidiennement, jusqu'à rétablissement du calibre du canal.

Deuxième indication. Réaliser l'antisepsie utérine. — Dans ce but, tamponnement quotidien avec des bandelettes de gaze iodoformée, larges de deux centimètres et imbibées de glycérine créosotée au tiers.

Cette médication convient seulement quand la métrite n'est pas ancienne et qu'il est possible de mettre le topique antiseptique en contact avec tous les points de la muqueuse. Autrement, il y a indication de pratiquer le curettage.

MÉDECINE

III. **Formules contre les insomnies rebelles.** — *Chez les adultes*, M. H. Huchard conseille la préparation suivante:

Digitized by Google

Eau distillée de tilleul.....	140	grammes
Sirop de fleurs d'oranger....	30	—
Sirop de codéine....	30	—
Hydrate de chloral..... ..	4	—
Bromure de potassium.....	6	—

Diviser le flacon en 3 parties égales. — Prendre une de ces divisions tous les deux jours, le soir.

Chez les enfants, M. J. Simon voit souvent, dans ce symptôme, une manifestation larvée de l'impaludisme, et prescrit le sulfate de quinine en lavements:

Eau.....	100 grammes
Sulfate de quinine.....	1 —
Eau de Rabel.....	q. s.
Laudanum de Sydenham....	V gouttes

Chaque cuillerée à dessert de cette solution renferme dix centigrammes de sulfate de quinine.

Dose : une cuillerée à dessert de cette solution dans deux cuillerées à soupe d'eau d'amidon pour un lavement et un enfant âgé de moins de six mois. A six mois: deux cuillerées à dessert, soit 20 centigrammes de quinine; et, à trois mois, trois cuillerées à dessert, soit 30 centigrammes de quinine.

Aux enfants âgés de trois ans, prescrire à l'intérieur:

Sulfate de quinine.....	0 gr. 30
Eau de Rabel	q. s.
Eau distillée.....	30 grammes

A prendre dans une tasse de café noir bien sucré (1).

STOMATOLOGIE

IV. **Collutoires contre les hémorrhagies dentaires.** — Il s'agit des hémorrhagies consécutives à l'extraction des dents:

Antipyrine.....	3	grammes
Menthol	0 gr. 30	
Alcool.....	20	grammes
Eau bouillie.....	300	—

F. s. a. pour l'usage externe.

Ou bien, d'après Viau:

Chloroforme.....	4	grammes
Acide tannique ..... }	ãã 2	—
Menthol .... }		
Teinture de ratanhia.....	20	—
Eau.....	400	—

F. s. a. pour l'usage externe.

K. R.

CORRESPONDANCE DES DÉPARTEMENTS

Nice, 27 novembre 1891.

Note sur l'administration du salol

Je donnais mes soins à un jeune enfant atteint de fièvre typhoïde légère. Je veillais à la désinfection de l'intestin, et, dans ce but, je faisais prendre des cachets de naphtol. Voulant accentuer la médication antiseptique, sans trop forcer les doses de naphtol, qui auraient pu irriter l'intestin, je fis prendre au petit malade trois cachets par jour contenant chacun vingt centigrammes de salol.

Au bout de cinq jours, le malade rendit dans les selles de petites masses du volume d'un noyau de cerise, irrégulières, de couleur jaune soufre, d'aspect cristallin et cependant de consistance cireuse. Tous les jours de pareilles masses se retrouvaient dans les garde-robes.

L'analyse démontra qu'elles étaient composées de salol. Le médicament ne s'était pas décomposé en acide salicylique et acide phénique au contact de la bile. L'action antiseptique avait donc été nulle et de plus j'avais couru les risques d'une irritation intestinale par un véritable corps étranger, circonstance qui peut ne pas être sans danger dans le cours d'une fièvre typhoïde.

Je conclus qu'il ne faut pas donner le salol seul en cachets. En dehors des moyens encore peu pratiques de le dissoudre ou de le tenir en suspension, il faut l'associer à une autre poudre, salicylate de bismuth, de magnésie, charbon, etc., qui s'interpose entre ses molécules et les empêche de s'agglutiner. Cette précaution, donnée comme facultative par les auteurs, me paraît essentielle pour assurer l'action thérapeutique du médicament et éviter la formation dans l'intestin d'un corps étranger.

Mieux est encore, dans la thérapeutique infantile, d'incorporer le salol, très divisé, à un peu de miel ou de gelée, en évitant qu'il s'agglomère. Son goût agréable le fait très facilement accepter.

Dr Balestre,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

(1) Voir encore *Revue gén. de Clinique et de thérapeutique*, 1891, nº 32, p. 498.

REVUE DES LIVRES

Traité élémentaire de thérapeutique, de matière médicale et de pharmacologie, par M. le Dr A. Manquat (2 vol. in-8, Paris 1891, J.-B. Baillière).

Le titre est modeste. Il ne faut point, d'après lui, juger l'œuvre fort pratique et très savante de notre distingué confrère militaire, répétiteur de thérapeutique à l'Ecole du service de santé.

M. Manquat est rationaliste; il place la physiologie avant l'empirisme.

Par cette déclaration, formulée dans la première page de cet ouvrage, il fait entendre comment il a, judicieusement, à mon avis du moins, conçu et réalisé le programme qu'il s'était tracé.

Ce programme est simple. Voilà un mérite qu'on ne saurait trop louer. Sa première partie a pour objet: des *notions de thérapeutique générale*; la seconde, l'étude des *modificateurs*, c'est-à dire des divers médicaments, *agents antiseptiques*, *modificateurs de l'appareil circulatoire*, de l'*appareil respiratoire*, de l'*appareil digestif*, de la *nutrition*, du *système nerveux*, de la *peau* et des *organes génito-urinaires*. Enfin, dans un dernier chapitre, il expose des données pratiques sur les médicaments dépourvus d'action élective: caustiques, astringents, etc.

Dans l'exécution de ce programme, M. Manquat ne se contente point, tâche banale, d'énumérer les vertus du médicament. Non, il n'a point l'enthousiasme facile des inventeurs de remèdes nouveaux; il discute la valeur de ceux-ci et donne une place considérable aux indications de leur emploi et à leur posologie. Puis, idée originale, qui scandaliserait peut-être les fidèles observateurs des traditions, il expose la technique de la *chirurgie médicale*. C'est fort bien, il est temps que le médecin revendique ses droits contre le chirurgien devenu envahisseur en pratiquant la thoracentèse, la pleurotomie, la ponction de la vessie et le lavage des kystes hydatiques.

L'ouvrage de notre distingué confrère militaire est donc complet. Il a de plus le mérite d'être pratique. Ces qualités sont de nature à assurer son succès. Nous le lui souhaitons et ce sera un succès doublement mérité, honorable pour l'auteur, honorable aussi pour notre jeune Ecole du Service de santé militaire. On doit s'en féliciter.

Ch. Eloy.

Digitized by Google

REVUE DES THÈSES

MALADIES MENTALES

Etude clinique sur la mélancolie sénile chez la femme, par M. le Dr TOULOUSE, (*Thèse de Paris*, 1891).

Médiocre étude sur un sujet peu travaillé ; l'auteur distingue la sénilité de la vieillesse sous le prétexte que celle-ci serait l'apanage de l'âge et que celle-là serait accompagnée de lésions atrophiques et athéromateuses ; sa symptomatologie mal dessinée ne permet pas de voir en quoi la mélancolie simple sénile diffère de la démence mélancolique sénile. Il n'y a pas de chapitre de diagnostic : parmi ses observations, il s'en trouve une qui est un cas d'alcoolisme chez une vieille femme ; l'auteur confond outrage aux mœurs et attentat à la pudeur ; il était capable de faire un meilleur travail.

Dr CHARPENTIER,
Médecin de l'hospice de Bicêtre.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE. — **Société de médecine de Berlin** (18 novembre 1891). I. *L'épidémie d'adénite cervicale infectieuse de Berlin*. — **Société de médecine interne de Berlin** (16 nov. 1891). II. *La péritonite chronique des enfants*. — AUTRICHE. — **Société impériale et royale des médecins de Vienne** (20 nov. 1891). III. *La cholédoquotomie*. — ANGLETERRE — **Société clinique de Londres** (13 nov. 1891). IV. *Les toxidermies d'origine urémique*. — SUISSE. — **Société médicale de la Suisse romande** (13 oct. 1891). V. *Un nouveau traitement électrolytique des adénites*.

I. **L'épidémie d'adénite cervicale infectieuse de Berlin.** — C'est dans cette ville qu'elle s'observe en ce moment sur les nouveau nés principalement. Tous les enfants qui en sont atteints ont une rhinite simultanée. Est-ce la maladie désignée par Pfeiffer sous la rubrique de fièvre glandulaire ?

M. H. NEUMANN ne le pense point. La symptomatologie de cette adénite est la suivante : début soudain, fièvre intense, toux légère ; puis vingt-quatre heures après, engorgement glandulaire derrière l'angle de la machoire, le long du sterno-cléido mastoïdien, jusqu'au-dessus de la clavicule.

L'évolution de la maladie varie : tantôt la fièvre et la tuméfaction cessant, la guérison est rapide ; tantôt, l'adénite suppurant, il se forme un abcès justiciable du bistouri. De plus, complications retropharyngées possibles sous la forme d'abcès ou otites moyennes.

La nature infectieuse de l'affection ne paraît point douteuse. Son origine microbienne l'est-elle moins ? Non ; cependant, aucun microbe spécifique n'a été jusqu'à présent découvert et les bacilles que l'on a observés sont le plus souvent le streptocoque pyogène seul ou associé avec le staphylocoque doré ou blanc.

Conclusion : s'agit-il d'une maladie infectieuse autonome et nouvelle ou bien d'une modalité de l'infection causée par ces streptocoques si nombreux dans le pus des abcès rétropharyngiens ? Ni M. Neumann, ni ses collègues n'ont pu répondre à cette question.

II. **La péritonite chronique des enfants.** — On n'a jamais su jusqu'ici préciser nettement chez les enfants la nature de la péritonite chronique simple et la distinguer suffisamment de la péritonite tuberculeuse. La discussion actuelle sera-t-elle plus fructueuse que les précédentes ?

M. HENOCH caractérise ainsi la *péritonite chronique simple infantile* : ascite durable et sans enkystement sur des enfants en général de trois à sept ans, peu de douleurs, augmentation de volume de l'abdomen. Rien au foie, rien aux autres organes, pas de traumatisme ; dans de telles conditions on pense à cette affection.

Comment la distinguer de la *péritonite tuberculeuse infantile* ? Dans celle-ci, il y a une altération de l'état général, de l'amaigrissement, parfois des bacilles dans le liquide ascitique. Ces symptômes, modestement pathognomoniques, sont l'inverse de ceux qui révèlent la péritonite chronique simple.

Comment établir son diagnostic avec celui de la cirrhose hépatique ? Par la paracentèse seulement et l'état des fonctions digestives. Toutefois, autre difficulté de diagnostic si on éprouve déjà le soupçon d'une péritonite tuberculeuse. Celle-ci s'accompagne presque toujours d'une hépatite interstitielle, qui fait au reste défaut dans la péritonite chronique simple ; il y a donc hypertrophie du foie, mais on ne saurait guère dire si cette hypertrophie est primitive et a produit l'ascite ou bien si elle est secondaire et conséquente à la péritonite spécifique ?

Il reste un dernier critérium : celui des résultats thérapeutiques. La péritonite chronique guérit par la ponction et la laparotomie ; tandis que la péritonite tuberculeuse résiste à tous les traitements. Toutefois, on le sait, dans les cas même les plus heureux, il faut attendre longtemps pour affirmer ou nier la guérison.

La laparotomie préconisée surtout par Kœnig, en Allemagne, n'est pas une opération heureuse contre la péritonite tuberculeuse. C'est l'avis de M. BAGINSKY, car l'adhérence des anses intestinales est un obstacle à l'évacuation complète du liquide.

Cette opinion est exclusive : M. Henoch l'admet partiellement et conseille l'opération dans les formes récentes, sans enkystement du liquide ascitique et en l'absence probable d'adhérences. Par contre ils sont d'accord entre deux et avec leurs collègues, pour essayer la laparotomie contre les péritonites chroniques simples.

III. **La cholédoquotomie.** — Ce mot, difficile à prononcer, signifie une opération, paraît-il, relativement aisée à réussir, puisque, dix fois pratiquée, elle a procuré neuf succès ; du moins, c'est l'aveu de M. FRANK (de Vienne).

Le fait qu'il présente après ceux de Billroth, Hochenegg et Kuster est le suivant : une femme entre à l'hôpital pour une oblitération des voies biliaires. Laparotomie ; on tombe sur une dilatation du canal cholédoque contenant un gros calcul. Incision du canal de même étendue que le grand diamètre du calcul ; extraction de celui-ci ; suture des plaies ; guérison par première intention.

Telle est la cholédoquotomie, qui, en terme moins prétentieux, consiste dans l'incision du canal cholédoque, pour en extraire un calcul biliaire !

IV. **Les toxidermies d'origine urémique.** — Ces exanthèmes méritent, par analogies avec les empoisonnements médicamenteux, le nom de toxidermies. M. LANCASTER les a vues survenir dans le cours de l'urémie et il ne faut pas un grand effort de mémoire, comme son collègue, M. BURLOW, l'a fait remarquer, pour les rapprocher des éruptions cutanées du cours des néphrites interstitielles.

Quels en sont les caractères morphologiques ? Au début, dit M. Lancaster, ce sont des macules ou des papules rouges siégeant sur les avant-bras ou sur les mains et ponctuant graduellement la totalité du corps. Un prurit violent les accompagne.

Après quelques jours, elles se modifient, prennent un aspect eczémateux ou pustuleux ; ou bien, cas plus heureux, deviennent brunâtres et desquament. Cet eczéma urémique est humide et croûteux. Les pustules urémiques aboutissent parfois à la suppuration sous la forme d'abcès.

Quelle est la valeur pronostique de ces éruptions ? Très grave dans les sept huitièmes des cas, elles présagent la mort.

V. **Un nouveau traitement électrolytique des adénites.** — Il est nouveau, d'après M. H. SUCHARD, qui le propose pour remplacer l'énucléation et prévenir les récidives par

Digitized by Google

l'emploi d'un procédé perfectionné de galvano-caustique, dont voici le détail :

Dans l'électrolyse classique on applique l'un des pôles de chaque côté du ganglion. M. Suchard procède différemment et circonscrit la base de ce dernier par une anse de gros fil de cuivre isolé par une gaine de peau ou d'étoffe. C'est le pôle positif. Un gros fil de cuivre, servant de pôle négatif, est promené à la surface de la glande. Après deux, trois ou plusieurs séances, un point rouge indique où la suppuration se fera. On remplace alors le fil de cuivre par une fine aiguille d'acier appliquée sur ce point et traversée par un courant dont on porte successivement l'intensité à 15, 20 ou 30 milliampères.

Cette application est douloureuse ; l'aiguille pénètre dans la tumeur ; il se forme une eschare.

A la séance suivante, on enlève cette eschare, on répète l'application de l'aiguille et on obtient ainsi en plusieurs temps, la formation d'un petit canal par lequel la glande se vide de son contenu.

On complète au besoin l'opération par l'injection de naphtol camphré dans la trame glandulaire et l'excitation des tissus circonvoisins par des douches, l'électricité statique ou le circuit galvanique.

M. Suchard motive ses conclusions sur quatre faits cliniques et déclare qu'en imaginant ce procédé, il a voulu, intention toujours excellente, « imiter la voie suivie par la nature ».

S. R.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 novembre 1891

Présidence de M. le Dr Terrier.

L'hystérectomie vaginale et le cancer de l'utérus. — M. Segond, depuis 1888, a pratiqué cette opération dans 33 cas, parmi lesquels il compte 25 cancers du col, 8 cancers du corps de l'utérus, 26 guérisons et 7 morts après des accidents immédiats et divers (septicémie, perforation intestinale péritonite, hémorragies)... Des malades sont mortes de récidives dans l'espace de trois mois à un an. Pendant ce temps les malades souffraient moins qu'avant leur opération et ont été débarrassées des hémorragies et des écoulements fétides. La plus longue survie qu'il ait constatée est de trois ans ; cette malade vit encore.

M. Segond préfère à l'hystérectomie partielle l'hystérectomie totale. Elle lui semble d'autant plus indiquée que les lésions sont plus limitées.

M. Verneuil a eu l'occasion de revoir, il y a quelques mois, une femme à laquelle, en 1869, il avait amputé le col de l'utérus pour un cancer. La guérison a persisté depuis 22 ans, quoique la tumeur fût un épithélioma.

L'hystérectomie partielle conserve ses préférences, comme en 1888. Cette intervention procure d'excellents résultats, parfois même des guérisons, des survies plus longues qu'après l'hystérectomie totale, même en cas de récidive.

M. Schwartz n'a pas obtenu de l'hystérectomie totale des résultats très encourageants. Depuis 1888, il a pratiqué trois fois cette opération. La première opérée a été une femme de 46 ans, atteinte d'un cancer du museau de tanche avec utérus mobile. L'extirpation totale fut facilement exécutée ; il s'agissait d'un épithélioma lobulé vérifié au microscope. Six mois après, il y avait récidive, et un mois après, mort. La seconde, une femme de 55 ans, opérée en mars dernier d'un cancer du col, guérit rapidement, mais, pendant plusieurs mois, eut une incontinence d'urine par paralysie du sphincter vésical ; pas de récidive. La troisième, âgée de 29 ans, était atteinte d'un cancer du col avec utérus mobile, facilement abaissable. Hystérectomie totale ; la vessie est intéressée pendant le cours de l'opération et une fistule vésico-vaginale persiste depuis trois mois.

Après l'hystérectomie vaginale totale, la récidive arrive sept fois sur dix pendant la première année, tandis qu'après l'hystérectomie supra-vaginale la survie est en moyenne de 14 à 15 mois — celle-ci peut être beaucoup plus longue, car il compte parmi ses opérées une malade à laquelle il a amputé le col en 1885 et qui vit encore.

Cure radicale des varices contre les ulcères de jambe. — M. Quenu analyse un mémoire de M. Cerné (de Rouen), relatif à un malade atteint d'un ulcère rebelle de la jambe avec dilatation variqueuse des veines. Il fit la ligature des veines saphènes, et extirpa un paquet de varices. Guérison rapide de l'ulcère.

M. Schwartz a obtenu d'excellents résultats de cette opération préconisée par Trendehuburg. On doit la réserver aux ulcères étendus avec larges dilatations des veines.

Lithotritie. — M. Horteloup lit une note sur l'influence et les avantages des mouvements imprimés à l'opéré pour faciliter la prise du calcul pendant la lithotritie.

H. M.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 novembre 1891

Présidence de M. le Dr Labbé

Défécation par la bouche. — M. Desnos recevait samedi dernier dans son service un jeune homme de 19 ans, qui avait été trouvé sur la voie publique en état de crise épileptique. Ce malade était un aliéné, évadé d'un asile. Outre ses crises convulsives, il présentait une singulière infirmité. Depuis deux ans, disait-il, il n'allait pas à la garde-robe et rendait par la bouche toutes les matières fécales. En effet, deux fois pendant son séjour à l'hôpital, à 6 heures et demie du soir, une heure après son repas, il eut une véritable défécation buccale. Les matières remplissaient un crachoir, elles étaient moulées, d'un brun foncé, d'une odeur forte, ne différant donc pas par leur aspect des matières fécales ordinaires ; quoique la défécation eût lieu peu de temps après le repas, elles ne contenaient pas d'aliments. Au moment de l'évacuation, le bas-ventre était dur, tendu, non douloureux à la pression. Ce malade fut observé avec soin, et M. Desnos ne croit pas à la simulation. Il pense que les matières provenaient de l'intestin grêle et même du gros intestin, qu'elles franchissaient même la valvule iléo-cœcale, et étaient ramenées ainsi par des mouvements antipéristaltiques de l'intestin.

Arthrite suppurée du genou, et ponction avec injection antiseptique. — M. Rendu présente une malade entrée le 16 octobre dernier dans son service pour une arthrite aiguë du genou droit. Epanchement abondant jusque dans le cul-de-sac sous-tricipital ; jambe immobile en demi-flexion ; fièvre médiocre ; pas de manifestations douloureuses sur d'autres jointures Rien au cœur, rien aux poumons; organes génitaux sains. Malgré l'immobilisation, l'eau blanche, des sangsues sur le genou, et de l'antipyrine, l'épanchement ne subissait aucune modification et la malade souffrait beaucoup. Le 27, ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz dans le grand cul-de-sac de la synoviale. On retire une sérosité verdâtre, floconneuse, contenant de l'albumine en grande quantité, quelques grammes de liquide s'écoulèrent par l'aiguille. Le 30 octobre, la tension avait augmenté. Ponction évacuatrice avec l'appareil Potain, on retire 125 gr. de pus, et on injecte dans la cavité le contenu d'une seringue de Pravaz d'une solution de sublimé au 4/1000e. Aucune réaction inflammatoire grave. Au bout de quelques

Digitized by Google

jours, résolution graduelle de l'arthrite. Aujourd'hui la malade marche aisément.

Le pus de l'arthrite ne contenait pas de bacille tuberculeux, il a été impossible de reconnaître la cause de cette suppuration.

Tatouages des piqueurs et des rhabilleurs de meules. — M. M. Variot et Raoult. Ces tatouages bruns noirs, au dos de la main, diffèrent, comme aspect, des tatouages bleus faits à l'encre de Chine. Ils sont formés par un piqueté noirâtre dû à la pénétration dans la peau de petites parcelles d'acier, provenant de l'instrument avec lequel l'ouvrier travaille la pierre. Ces taches sont indélébiles. L'examen histologique a permis à M. Variot de constater dans le derme la présence de ces parcelles d'acier et leur transformation lente en oxyde de fer.

Dr H. Marcigney.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er décembre 1891

Présidence de M. le Dr Tarnier

M. Cornil lit son rapport sur le prix Portal.

M. Lereboullet lit son rapport sur les remèdes secrets.

Des tumeurs adénoïdes. — M. Ménière lit une note sur 1,115 opérations qu'il a pratiquées. Il décrit les symptômes et les complications bien connus des tumeurs adénoïdes. Il opère en plusieurs séances, en s'aidant du chloroforme, avec la pince. Il n'a constaté que quatre fois un léger mal de gorge consécutif: il n'y a pas eu d'accident.

Hystérie chez les nouveau-nés. — M. Chaumier (de Tours) pense que l'hystérie est la cause fréquente des convulsions chez les enfants. Il donne le résumé de 200 observations qu'il a faites sur ce sujet. D'après lui, l'hystérie se reconnaît aux symptômes suivants : changement de caractère des enfants, exigences, colère, cris, roidissement des membres comme dans l'hystérie des adultes. Les enfants se roulent sur le parquet avec grands mouvements des jambes. On peut observer la pâmoison au milieu des accès de toux, la perte de connaissance après une contrariété.

Les symptômes hystériques sont souvent sous la dépendance d'un obstacle à la respiration naso-pharyngienne. F. R.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs Sattin (de St-Laurent-de-Chamousset, Biferi (de Villeurbanne) et Girerd (de Lyon).

En Autriche : M. le Dr Hirschler, ancien privat docent d'ophtalmologie à la Faculté de Buda-Pesth.

Aux Etats-Unis : M. le Dr C. Johnson, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Maryland.

BULLETIN DE LA SEMAINE

La réforme de l'enseignement... à reculons!

Nous apprenons, de source autorisée, que l'Administration croit faire œuvre libérale en proposant avec un sérieux dont on ne peut s'empêcher de la féliciter, la création, dans un même hôpital parisien, de trois ou quatre chaires de clinique médicale et d'une chaire de clinique chirurgicale... Et c'est ainsi que le tour serait joué!

Voilà une manœuvre fort habile pour enlever à l'enseignement des hôpitaux son autonomie et son importance, et le faire accaparer par l'Université de l'Etat hantée par le spectre de la concurrence. Reste à savoir si le Conseil municipal voudra abdiquer en consentant à payer, avec les deniers de la Ville de Paris, un enseignement *qui lui appartient* et dont l'Etat s'attribuerait le monopole.

Ce serait une manière comme une autre de mettre en expropriation l'enseignement libre des hôpitaux... pour cause d'utilité personnelle et universitaire.

LES JOURNAUX DE LA SEMAINE

L'indemnité-maladies et le Conseil général de l'Association des médecins de France. — Extrait de la *Gazette Hebdomadaire* du 28 novembre et d'un article de notre cher et estimé confrère Lereboullet.

...Parmi les projets qui déjà ont été discutés, dans les séances que le Conseil général a multipliées en vue de prouver son désir d'arriver à un résultat utile, il en est qui parviendront peut-être à faciliter, sans qu'il soit nécessaire d'imposer de nouvelles charges à nos adhérents, la formation d'une caisse nouvelle ou tout au moins d'une réserve qui permettra de subventionner les sociétés locales désireuses d'offrir à ceux de leurs membres à qui la maladie impose une gêne momentanée une indemnité suffisante. Sans doute la formule mathématique, acceptée comme inéluctable par la plupart des projets que nous avons jadis analysés, ne devra plus servir de base à nos combinaisons.

Le droit à l'assistance en cas de maladie ne pourra être invoqué que par les médecins à qui leur incapacité de travail imposera une gêne momentanée. Mais, nous ne cesserons de le répéter, n'est-ce point là le but que doit poursuivre l'Association générale? Si nous pouvions affirmer que, dans un avenir relativement prochain, tous les médecins que l'âge, les infirmités, la maladie ou tout autre malheur immérité réduisent à un état de détresse seront assurés de trouver une assistance efficace en s'adressant aux trésoriers des sociétés locales, n'aurons-nous pas réalisé le vœu si souvent exprimé par le Président que nous venons de perdre et à la mémoire duquel tous ceux qui sont vraiment soucieux de défendre la dignité et les intérêts du corps médical ont rendu un juste et respectueux hommage? Que ce droit à la sympathie, au dévouement, à l'affectueuse assistance de leurs confrères se traduise par un emprunt qu'ils rembourseront quand, avec la santé, l'aisance leur sera rendue ou par un don que leur état de fortune ne leur permettra point de refuser, peu nous importe. Tous, dans l'Association, nous n'avons et ne devons avoir qu'une seule préoccupation : chercher, par tous les moyens dont nous disposons, à éteindre le paupérisme médical, à faire en sorte que tous nos adhérents soient toujours assurés de trouver autour d'eux, dans cette grande famille médicale qui ne devrait se réunir chaque année que pour resserrer les liens d'estime et de solidarité professionnelles qui sont sa raison d'être et de pros-

Digitized by Google

pérer, l'assistance morale et matérielle dont ils peuvent avoir besoin.

C'est la réponse du berger à la bergère. Elle arrive au moment opportun où la douce bergère, — quelle bergère ! — menace, en manière de tendresses pour l'Association, « de rompre le statut social » — un divorce !... — ou « par une démonstration en nombre, d'une mise en demeure contre le Conseil général » — une insurrection !...

Nous applaudissons, avec tous les amis dévoués de l'Association, à la protestation de M. Lereboullet. Elle prouve que l'Association devient plus militante. Tant mieux : combattre c'est vivre.

A quand donc « ce chapitre curieux et attristant de déontologie médicale » et fort piquant, nous le savons, dont, cher confrère, vous annoncez la future publication ?

Ch. Eloy.

INFORMATIONS

La règlementation des tarifs médico-légaux et l'Association générale des médecins de France. — Il devient probable, d'après nos renseignements, que les efforts de l'Association générale dans le but d'obtenir le relèvement du tarif des expertises médico-legales seront fructueux. La Commission du budget a voté des remaniements au chapitre des frais de justice et le ministre de la justice a soumis au Conseil d'Etat un projet de règlement qui relèverait ces tarifs de moitié.

On peut donc avoir bon espoir et féliciter d'abord tous les membres de l'Association de leur initiative et ensuite le bureau qui les représente et a pris sérieusement l'affaire en mains.

NOUVELLES MILITAIRES

Nominations dans le corps de santé de la marine : (Activité). *Au grade de médecin de 2e classe* : MM. les médecins auxiliaires de 2e classe : Martin, Hennequin, Mostin, Renault, Regon, Hervé, Collin, Chevalier, Dubois, Garnier, Lasselves, Dh'omé, Duranton, Vergnes, Lenoir, Conan, Lorin, Titi, Dupin, Lecœur, Bouras, Condé, Prat, Porgnier, Gombaud, Le Marchadour, Boyer, de Champeaux, Macloud, Dupuy-Fromy, Doublet, Le Quinquis, Conte, Labouesse, Dubois, Cornet, Mignotte, Lesueur, Denis, Bonnefoy.

A l'emploi de médecin auxiliaire de 2e classe : MM. Souls, Sarrat, Aurégon, Defressine, Thiroux, Etourneau, Pervès, Rousseau.

(Réserve). *Au grade de médecin de 1re classe* : M. le Dr Bœuf.

Au grade de médecin de 2e classe : M. le Dr Peltier.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

THÉRAPEUTIQUE

Arata (P.-N.). — La morrenia brachystephana (nouveau galactogogue (*Revista Farmaceutica* de Buenos-Ayres, 1891, n° 3).

Beorchia-Nigris. — De l'empoisonnement par l'exalgine (*Ann. di Chim. e di Farm.*, 1891, t. xiv. f. 2).

Eich. — Injections intra-musculaires de salicylate de mercure dans la syphilis (*Therapeut. Monat.*, heft, août 1891).

Hanika. — Un nouveau traitement de la blennorrhagie (*Med. chir. Rund* n° 16, p. 624, 1891).

Heitler. — Des inhalations d'oxygène contre l'asthme cardiaque (*Central f. d. gesamnite Therap.*, octobre 1891).

Huber. — Des lavements aux œufs (*Deut. Arch. f. Klin. Med.*, t. xlvii, p. 493.

PRIME A NOS ABONNÉS

Au 25 *décembre* prochain, paraîtra le tome II des *Mementos thérapeutiques du Praticien.*

Ce volume est la *continuation* de celui qui a paru l'année dernière et dont nous ne pouvons mieux exposer l'objet qu'en reproduisant l'avant-propos :

« *De la pratique, encore de la pratique,*
« *et toujours de la pratique.*

« Grouper pour le praticien tous les documents cliniques et thérapeutiques d'actualité, lui présenter tous les travaux qui peuvent l'intéresser dans l'exercice de sa profession, en un mot, **faire de la pratique, encore de la pratique, et toujours de la pratique**, tel est le but que ce journal veut constamment et ardemment poursuivre. »

« C'est dans ces termes que j'exposais le programme de la *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, du *Journal des Praticiens*, dès sa fondation, en février 1887.

« C'est dans les mêmes termes que je présente aujourd'hui à nos lecteurs les *Mementos thérapeutiques*, destinés — comme je le disais encore à cette époque — à résumer d'une manière clinique et conforme aux dernières acquisitions de la science, les indications et le traitement des diverses maladies. »

« La publication de ces Mementos sera continuée, de sorte qu'avec toute la série de ces volumes, le praticien sera bientôt en possession d'un traité complet — unique en son genre — de thérapeutique médicale, chirurgicale et obstétricale. Nous en ferons donc le *vademecum* du praticien. Tous ces volumes renfermeront un grand nombre de formules, et cependant il ne faudrait pas les confondre avec de simples formulaires, dont je ne veux pas médire, parce qu'ils ont eu leur utilité.

« Mais, la thérapeutique n'est pas seulement la science des médicaments, elle est surtout la science des médications et l'art de les appliquer; elle ne va pas sans la clinique dont nous n'avons jamais voulu la séparer dans le *Journal des Praticiens*; elle ne vit pas seulement de formules, mais elle s'appuie sur les indications (*ars tota in indicationibus*).

« C'est donc une thérapeutique *raisonnée* que nous publions. Le succès, chaque jour grandissant, de la *Revue de Clinique et de Thérapeutique* nous assure à l'avance le succès de cette publication que nous destinons aux praticiens.

« Henri Huchard. »

Prix pour nos abonnés anciens et nouveaux :

Tome I ou tome II, pris isolément dans nos bureaux ..... 2 fr. 50.
Envoyé à domicile..... 3 fr. 25.
Les deux tomes réunis pris dans nos bureaux ..... 5 fr. »
Envoyés à domicile..... 6 fr. »

Le rédacteur en chef, co-gérant : C. Eloy.

PARIS.—IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE — N° 50 — 9 DÉCEMBRE 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, BÉCLÈRE, BROCQ, DEMELIN, DU CASTEL, GINGEOT, Charles MAURIAC, PICQUÉ, Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

AVIS. — L'Administration de la *Revue Générale de Clinique et de Thérapeutique* prie instamment ses souscripteurs de lui faire parvenir, en un mandat-poste, le montant de leur renouvellement pour l'année 1892 et de joindre à leur lettre l'une des dernières bandes du journal. *Ils éviteront ainsi les frais de recouvrement qui se montent à 75 centimes par quittance.*

AVIS. — Nos abonnés nouveaux pour l'année 1892 recevront gratuitement le journal jusqu'au 1er janvier prochain.

Prime à nos Abonnés, *anciens et nouveaux* : voir page III.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Quelques résultats éloignés de la résection simple du scrotum comme traitement du varicocèle

Par M. le Dr EDMOND WICKHAM
Ancien aide d'anatomie de la Faculté.

En 1885, lorsque je faisais des recherches pour ma thèse inaugurale, l'excision simple du scrotum était niée par les chirurgiens français, en tant que traitement curatif des dilatations veineuses du cordon ; l'antisepsie et l'asepsie les conduisaient à penser qu'il était possible d'agir, sans danger pour le malade, directement sur les veines, si bien qu'il a fallu plusieurs insuccès connus pour les faire revenir sur leurs négations mal fondées. Les conclusions de ma thèse, que je me permettrai de rappeler, n'eurent pas l'heur de plaire à ceux-là même qui plus tard devaient en être les plus chauds défenseurs. « Le varicocèle disparaît sous l'influence de l'excision simple du scrotum. Il faut reséquer sur les parties latérales du raphé une quantité de peau telle que, l'opération terminée et le malade guéri, la cicatrice se trouve sur la ligne médiane et donne l'illusion d'un raphé normal ; de plus, la quantité de peau restante doit comprimer les testicules et les plexus veineux contre les anneaux inguinaux extérieurs, de manière à jouer vis-à-vis des veines du cordon le même rôle que les bas élastiques jouent vis-à-vis des varices des membres inférieurs ; la suspension dépasse alors celle qu'on peut obtenir par le suspensoir le mieux fait et le mieux appliqué ».

Cette opération est exempte de difficultés et par conséquent susceptible d'être menée à bien par un praticien non habitué aux manœuvres chirurgicales ; mais, suivant moi, l'usage de la pince spéciale, que M. Raoul Mathieu a eu l'obligeance de construire sur mes indications, est indispensable pour reséquer une grande étendue de peau scrotale. On ne doit pas oublier que de cette résection dépend le résultat favorable ou non de l'opération. Avec les pinces ordinaires, celles qui servent au pincement des pédicules kystiques dans l'ovariotomie, par exemple, on s'expose à être économe de peau, et, je ne saurais trop le répéter, la parcimonie est fatale ; d'ailleurs, le coût insignifiant de ma pince à anneaux permet d'en recommander l'emploi.

Depuis 1885, l'excision scrotale a été employée par nombre de chirurgiens ; la communication faite sur ce sujet par le docteur Segond, chirurgien des hôpitaux, à la Société de chirurgie, a vulgarisé cette opération, qui est maintenant entrée dans la pratique chirurgicale courante.

Malgré cela, tous les esprits ne sont pas convaincus. Aussi ai-je cru intéressant de publier les résultats éloignés de cinq opérations de résection du scrotum faites par moi dans la clientèle de trois de nos collègues ; MM. les docteurs Desnos, Tripet et Picard.

OBS. I. (E. Desnos) — J. Gu..., quarante-quatre ans ; sans profession. Aucun antécédent héréditaire ; son fils, âgé de seize ans, est porteur d'un varicocèle assez volumineux. A vingt ans, il a contracté une blennorrhagie ; au bout de deux ans, l'écoulement aurait complètement disparu. Il y a trois ou quatre ans, Gu... a remarqué que son linge était taché par intermittences, mais, depuis quelques mois, le suintement uréthral a notablement augmenté.

Depuis plusieurs mois, Gu... souffre d'une pesanteur scrotale qui devient très pénible après une marche un peu prolongée. Le port d'un suspensoir détermine une diminution très nette de la douleur mais produit une exacerbation d'un état névropathique habituel, d'où impossibilité de faire un usage constant de ce bandage.

20 juillet 1888. — Pas de rétrécissement du canal. Uréthrite postérieure. Tuberculose de la prostate et des vésicules séminales ; légères bosselures épididymaires. Le scrotum est flasque et long, une petite traction le fait descendre jusqu'à la partie moyenne de la cuisse. Les veines du cordon sont variqueuses ; elles sont peu turgescentes et ne se dessinent pas sous la peau. La marche et la fatigue ne produisent aucun changement dans leur volume.

La résection du scrotum est faite le 3 octobre après avoir soumis le malade pendant deux mois à un traitement tonique (créosote, arsenic) qui a amélioré les lésions tuberculeuses.

4 octobre. — Enlèvement de la pince Wickham et renouvellement du pansement. — 10 octobre. Quelques élancements douloureux pendant les six jours qui précèdent. Sous le pansement, on trouve la plaie fermée dans presque toute son étendue. Enlèvement des trois quarts des sutures. — 14 octobre. 4e pansement. Les derniers fils sont enlevés. — 20 octobre. Cicatrisa-

Digitized by Google

tion complète. — Le malade se lève, les bourses encore protégées par un suspensoir.

4 novembre. — Persistance des douleurs intra-scrotales, mais localisation facile au niveau des épididymes. — 30 novembre. Abandon du suspensoir.

Octobre 1891. — Depuis l'opération, Gu... n'a pas été perdu de vue; le scrotum ne s'est pas allongé de nouveau; il a des dimensions normales. Par la palpation, on ne sent que des veines très peu volumineuses; les douleurs ont disparu. Les lésions tuberculeuses ont augmenté depuis un an.

Obs. II. (E. Desnos). — Th..., trente-huit ans, voyageur de commerce; bonne santé antérieure; dès l'âge de vingt ans, il s'est aperçu qu'à la suite de fatigue ses bourses s'allongeaient; la station debout et la chaleur produisaient le même effet. Il y a six ans environ, il a ressenti au niveau des testicules une douleur d'abord peu accentuée, puis de plus en plus intense; il a porté au début un suspensoir qui amenait un grand soulagement, mais depuis deux ans, la gêne et les phénomènes douloureux sont devenus considérables.

5 novembre 1888. — Bourses modérément développées; veines turgescentes ressemblant à un amas de sangsues gorgées de sang; la station debout, la marche, etc., ont d'ailleurs une notable influence sur leur volume. Le repos les fait disparaitre.

13 novembre. — Opération. Excision scrotale. — 14 novembre, enlèvement de la pince Wickham. Ecchymose assez étendue du scrotum, surtout à droite. — 17 novembre. Troisième pansement; l'ecchymose ne s'est pas étendue; bon aspect de la plaie. — 22 novembre. Enlèvement de toutes les sutures. Quatrième pansement, compression ouatée. Réunion parfaite, sauf sur une étendue d'un centimètre. — 26 novembre. Cicatrisation complète.

Octobre 1891. — Le malade, depuis la guérison de son opération, a porté un suspensoir pendant trois mois. Le scrotum s'est maintenu dans les dimensions que lui avait données l'intervention. Depuis 1888, Th... a été revu trois ou quatre fois chaque année; toujours même état du scrotum; les veines n'ont pas repris de développement; à la palpation elles semblent moins dépressibles que normalement. La gêne a complètement disparu.

Obs. III. (E. Desnos). — G..., vingt-neuf ans, comptable. Antécédents héréditaires: goutte et rhumatisme. Plusieurs accès de douleurs rhumatoïdes. Plusieurs blennorrhagies tenaces. Depuis une dizaine d'années, scrotum long et flasque. Douleurs à peu près nulles, sauf à la suite de longues marches ou pendant les grandes chaleurs. Le port d'un suspensoir ne modifie en rien les symptômes physiques du varicocèle.

Décembre 1889. — Scrotum long et flasque; peau mince et vascularisée, Plexus antérieur peu développé; faisceau postérieur présentant des sinuosités accentuées. Canal déférent imperceptible; testicules peu volumineux.

Le malade, névropathe, sait qu'il a un varicocèle et cette notion le rend hypocondriaque et fait naître en lui des idées de suicide. Il désire absolument être débarrassé de son infirmité.

5 décembre 1889. — Résection du scrotum.

6 décembre. — Enlèvement de la pince Wickham. On renouvelle le pansement qui n'est pas maculé de sang. — 10 décembre. Pansement. La réunion semble se faire sur tous les points. — 14 décembre. Enlèvement des fils. — 16 décembre. Le malade se lève malgré toute interdiction; pas de désunion des lèvres de la plaie. — 30 décembre. La cicatrice est à peine visible.

Octobre 1891. — Le malade a été revu plusieurs fois depuis son opération; le scrotum de s'est pas allongé de nouveau. Aucune douleur n'est ressentie par le malade.

Obs. IV. (Picard). — X..., 19 ans, employé au télégraphe. Aucun antécédent héréditaire. Il est porteur d'un varicocèle assez volumineux dont le début est difficile à préciser. Les deux cordons sont le siège de varicosités nombreuses, plus accentuées à gauche qu'à droite. X... porte un suspensoir depuis plusieurs années; il a remarqué que l'absence de ce bandage, lorsqu'elle coïncidait avec une marche un peu prolongée, lui déterminait des douleurs assez vives. Le scrotum est flasque et descend assez bas. X... désire absolument s'engager, et c'est par crainte d'être refusé au conseil de revision qu'il se décide à se faire opérer.

Décembre 1887. — Résection du scrotum en présence du docteur Bonnet. Les suites opératoires ont été des plus simples. Le lendemain de l'opération, la pince a été enlevée et dix jours après on a coupé les fils.

Octobre 1891. — X... a fait son service militaire dans l'artillerie de forteresse; il a été revu au sortir du régiment; à ce moment il était en très bonne santé et le scrotum ne s'était pas relâché.

Obs. V. (Tripet). — X..., trente-trois ans, est porteur depuis un certain nombre d'années d'un varicocèle à droite; il n'a attaché aucune attention à cette infirmité jusqu'en 1886, époque à laquelle il a commencé à ressentir des douleurs violentes dans les bourses. Par suite de son métier, X... fait de fréquents voyages et il a remarqué que la fatigue exaspère d'une façon très nette les phénomènes douloureux; aussi, en juillet 1888, il se décida à se faire opérer: résection simple du scrotum n'ayant présenté aucun incident jusqu'à la cicatrisation complète.

Octobre 1891. — La guérison du varicocèle s'est effectuée et maintenue. En 1889, sa femme est devenue enceinte et a donné le jour à un enfant très bien portant. Avant son mariage, lequel a précédé l'intervention, X... s'était plaint de pesanteurs testiculaires, dues sans doute à des nodosités dont la présence a été constatée par le docteur Desnos, et qui ressemblaient à des lésions tuberculeuses. L'excision scrotale en a amené la disparition; elles n'ont pas réapparu, bien que le malade s'expose souvent à de grandes fatigues.

Ces observations sont démonstratives au point de vue des bons effets de l'excision scrotale. Est-ce à dire que cette opération ne sera jamais suivie de récidives? Je ne crois pas devoir avancer une pareille affirmation, mais je suis en droit de conclure que les statistiques peuvent lutter avec celles qui concernent les interventions directes sur les plexus veineux. De plus, on doit avoir présent à l'esprit que l'intervention, en cas de varicocèle, est souvent une opération dite de complaisance, et que, par conséquent, il est indispensable que le couteau ne fasse courir aucune chance de mort à l'opéré. En terminant, je signalerai qu'il est une contre-indication formelle à la résection du scrotum : lorsqu'un varicocèle douloureux devient plus douloureux par le port d'un suspensoir.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

I. *Grippe et névrite optique.* — II. *Traitement de la conjonctivite granuleuse.* — III. *Affections oculaires blennorrhagiques.* — IV. *Traitement de l'ophtalmie sympathique.*

I. **Grippe et névrite optique.** — M. Macnamara vient d'appeler l'attention des médecins sur un accident qu'on peut observer chez les individus atteints de grippe. Il dit avoir eu à traiter quatre cas de névrite optique double survenue à la suite de cette affection. Bien entendu, aucun

Digitized by Google

des malades n'avait présenté auparavant d'accidents du côté de l'œil. Ils n'avaient ni lésion cérébrale ni albuminurie. En un mot, on ne pouvait attribuer qu'à la grippe seule les phénomènes qu'on observait chez eux.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme qui avait été absolument aveugle pendant six semaines. On constatait chez lui les signes d'une papillite intense avec hémorrhagies rétiniennes multiples. Le malade n'avait pas recouvré l'intégrité de la vision et les deux papilles étaient atrophiées. Dans les autres cas, il n'y avait qu'une papillite simple et les malades étaient bien guéris avec vision parfaite. On peut comparer ces exemples de névrite optique dans la grippe aux névrites périphériques qu'on rencontre dans le cours de la malaria. Pour Macnamara, la névrite de la grippe dépend soit de l'irritation produite sur le nerf optique par les microbes de la grippe, soit de l'action sur ce nerf des ptomaïnes engendrées par ces micro-organismes.

II. **Traitement de la conjonctivite granuleuse.** — On sait combien est difficile la guérison de la conjonctivite granuleuse et quels déboires attendent le médecin qui a à traiter cette maladie. M. Manolesen a d'abord mis en œuvre les différents procédés recommandés par les auteurs, mais, ayant échoué, il a imaginé de traiter les granulations conjonctivales par le brossage combiné à une antisepsie rigoureuse. Le manuel opératoire est le suivant :

L'opérateur et ses aides mettent d'abord des lunettes protectrices. On pince ensuite la conjonctive près de la cornée et on forme ainsi un repli qui permet de déplier le cul-de-sac conjonctival supérieur. La pince est alors donnée à un aide qui doit la tirer doucement en bas pendant que l'opérateur renverse la paupière supérieure. De cette façon, on étale le cul-de-sac conjonctival, tout en protégeant la cornée avec le repli de la muqueuse.

On commence alors le brossage avec une brosse dont les poils doivent avoir un demi-centimètre de longueur. Ce brossage doit s'exercer sur le cul-de-sac, la conjonctive palpébrale et ses extrémités angulaires, et sur le bord des paupières. Le brossage doit être continué jusqu'à dénudation du derme muqueux. Il sera d'autant plus énergique que la maladie est plus ancienne. Il se produit une hémorrhagie qu'on arrête en badigeonnant les surfaces brossées avec une solution à 10 0/0 d'acide phénique dans l'alcool. On fait ensuite un lavage au sublimé à 1 pour 2000 et on met enfin un pansement occlusif avec la vaseline iodoformée à 5 pour 100.

On doit renouveler le pansement tous les jours. Mais au bout de vingt-quatre heures, la plaie est cicatrisée. On laisse alors l'œil libre. Ce traitement ne produit pas d'entropion comme on pourrait le craindre.

On concilie difficilement l'opinion du Dr Manolesen avec celle de Fuchs (de Vienne) qui, après plusieurs essais, déclare que toute destruction directe de la conjonctive n'abrège en rien la durée du traitement. D'autre part, l'hiver dernier, Abadie a proposé un traitement qui se rapproche de celui décrit par Manolesen. Après avoir endormi le malade, il scarifie profondément la conjonctive, la râcle avec une cuiller tranchante et enfin la brosse énergiquement avec une brosse trempée dans le sublimé. Ce procédé n'a pas trouvé beaucoup d'imitateurs.

D'autres auteurs préfèrent le massage de la conjonctive avec des poudres diverses. Keyser a proposé la pierre ponce, Delagenière le naphtol. Mais ces substances ont le grand inconvénient d'être irritantes. Vigne dit avoir eu de bons résultats avec l'acide borique : il en est de même de Cosomiris et de Beaumont. Eliasberg recommande vivement le massage avec l'acide borique. Il insiste sur la nécessité de se servir de cette substance réduite en poudre impalpable. Dans la période régressive du trachome, la conjonctive se trouvant en voie de rétraction cicatricielle et la cornée étant couverte d'un pannus ainsi que dans les exacerbations du trachome, la créoline à 1 0/0 et le sublimé à 1 pour 400, employés à tour de rôle, rendent de grands services.

III. **Affections oculaires blennorrhagiques.** — Autrefois on ne connaissait guère, comme accident oculaire de la blennorrhagie, que la conjonctivite purulente. Actuellement, il faut admettre trois formes d'affections oculaires d'origine uréthrale : l'ophtalmie blennorrhagique commune (conjonctivite purulente), la conjonctivite bénigne et l'iritis. La seconde de ces maladies, qui était peu connue, a été étudiée avec soin par M. Vanderstraeten.

On sait que la conjonctivite purulente (conjonctivite commune) reconnaît pour cause le transport sur la conjonctive d'une certaine quantité de pus provenant de l'urèthre. Ce mode de développement ne s'observe pas dans la conjonctivite bénigne. Vanderstraeten pense que cette dernière est le résultat d'une infection générale. Il s'appuie, pour défendre cette opinion, sur la tendance que cette conjonctivite a à envahir d'emblée les deux yeux, et sur ce qu'elle alterne très fréquemment avec l'arthrite et l'iritis blennorrhagiques.

La conjonctivite bénigne présente les symptômes suivants : Il y a un léger degré de gonflement des paupières. La conjonctive palpébrale ainsi que celle des culs-de-sac est rouge vif. On constate un léger chémosis séreux. Il y a une légère sécrétion muco-purulente. Il n'existe ni larmoiement, ni blépharo-spasme. La sensation des corps étrangers, si marquée dans la conjonctivite purulente, est très légère dans la conjonctivite bénigne. En général, la maladie envahit les deux yeux.

La guérison est la règle : elle survient au bout d'une quinzaine de jours. Par suite, on comprend l'inutilité d'une médication énergique. Il suffit de mettre l'organe au repos et de faire des lotions antiseptiques tièdes et souvent répétées.

Dans cette conjonctivite bénigne et dans l'iritis blennorrhagique on n'a pas encore pu rencontrer le microbe de Neisser. On pourrait donc nier la nature blennorrhagique de ces deux maladies. Mais il faut bien savoir combien est difficile la recherche du gonocoque. On peut en outre, à défaut de celui-ci, faire intervenir, à l'exemple de Raynaud, une toxine fabriquée par le gonocoque, auquel elle emprunterait une action pathogène.

IV. **Traitement de l'ophtalmie sympathique.** — On connaît la gravité de l'ophtalmie sympathique et le peu d'efficacité du traitement. L'énucléation de l'œil malade est souvent insuffisante pour arrêter les progrès de la maladie. G. Secondi propose, chez les malades atteints d'ophtalmie sympathique, de porter profondément l'agent microbicide et de pratiquer, dans l'espace ténonien, des injections au bichlorure de mercure. Dans cet espace, en effet, les communications entre les voies lymphatiques extra-oculaires et celles de la choroïde et du nerf optique sont faciles. On peut donc espérer que le traitement sera efficace.

Dans un cas grave, où l'œil atteint d'ophtalmie sympathique était très malade, G. Secondi, après énucléation de l'autre œil, injecta vingt gouttes d'une solution de sublimé à 2,5 0/00 sous la capsule de Tenon. Bien qu'on eût eu

Digitized by Google

recours à la cocaïne, les douleurs furent très vives et la réaction fut très violente; mais ces accidents ne durèrent que quelques heures. Dix jours après, on fit une nouvelle injection. L'amélioration consécutive fut considérable. La guérison fut obtenue après une troisième injection.

Raynaut (de Marseille) fait observer combien cette guérison est remarquable, puisque l'acuité visuelle était remontée à 2/3 et que la pupille, devenue absolument libre, ne présentait plus, comme vestiges des anciens exsudats, que quelques dépôts pigmentaires insignifiants.

Dr F. Roux.

REVUE DES CLINIQUES

DE FRANCE ET DE L'ETRANGER

MALADIES DES ENFANTS

I. Montpellier. **Hôpital Saint-Eloi.** *L'incontinence nocturne d'urine chez les enfants.* — II. New-York. **Post graduate Medical School.** *Tétanos des nouveau-nés.*

I.— **Incontinence nocturne d'urine chez l'enfant.** — Rien n'est plus complexe que la pathogénie de l'incontinence d'urine chez l'enfant. M. Baumel, dans le service duquel se trouve un assez grand nombre de petits malades atteints de cette affection, cherche à en établir les causes.

L'incontinence nocturne d'urines est plus fréquente chez les garçons que chez les filles, sans que l'on sache pourquoi. Elle est rarement diurne et dans ce cas souvent symptômatique (herpès préputial, hémiplegie avec parésie vésicale, etc.). Voilà pour l'étiologie. La pathogénie n'est pas moins obscure : elle a donné lieu à bien des théories.

Quelques enfants urinent au lit parce qu'ils sont paresseux et craignent le froid quand ils se lèvent. On peut se demander si l'incontinence ne proviendrait pas d'une contraction trop grande de la couche musculaire de la vessie, par suite d'irritation spinale (le réflexe qui a pour point de départ la muqueuse vésicale aboutissant au centre spinal et retentissant sur la couche musculaire de la vessie qui se contracte pendant que le sphincter s'entr'ouvre). La cystite du col a été incriminée. Trousseau a démontré que l'incontinence d'urine précède l'épilepsie. Enfin, Major, en 1884, avait signalé la respiration la bouche ouverte, causée par des végétations adénoïdes des fosses nasales, et le Dr Kœrner signalait récemment des cas de la même maladie et de coryza chronique, comme causes de cette affection (1).

Quoiqu'il en soit, ce n'est pas l'intervention de la volonté *inconsciente* qui joue le rôle le plus important dans l'espèce. On devra donc commencer par l'intimidation qui réussira avec les enfants paresseux, et par la réglementation des boissons. Trousseau recommande le bromure de potassium contre l'épilepsie ; dans les autres cas, il conseille les pilules de :

Extrait de belladone.....	0 gr. 01
Poudre de belladone.....	0 gr. 02

Commencer par une pilule et augmenter d'une par mois, jusqu'à effet suffisant.

C'est le traitement de Trousseau qu'a employé M. Baumel, et c'est celui qui a donné les meilleurs résultats.

II.— **Le tétanos des nouveau-nés.**— En 1884, Nicolaïer arrivait à inoculer le tétanos à des cobayes et à des lapins; bientôt après il pouvait isoler et décrire le bacille du tétanos. Guelpe reprenait cette étude en 1889 et concluait ainsi :

1° Le tétanos est une maladie infectieuse :

2° Le tétanos traumatique, dans le sens propre du mot, n'existe pas.

3° Bien que le cheval soit un des animaux les plus propres à contracter l'infection, le tétanos n'est pas d'origine équine. Il serait plus admissible de lui reconnaître une origine terrienne. On doit se contenter d'affirmer son origine microbienne.

4° Les symptômes du tétanos sont le résultat, non des microbes, mais des toxines qu'ils produisent.

5° Au début du tétanos, la reproduction des bacilles ne s'effectue qu'au point d'inoculation. Ce n'est que plus tard — et rarement — que l'infection se généralise.

6° Le système nerveux est particulièrement sensible à l'action des microbes et à celle des toxines qu'ils engendrent.

Reprenant ces études et étudiant plus spécialement le tétanos des nouveau-nés, M. Henry Dwight Chapin remarque que l'ombilic est la porte d'entrée de beaucoup la plus fréquente et la plus largement ouverte au tétanos des nouveau-nés ; ce qui indique que l'on doit observer la plus minutieuse propreté en coupant le cordon et en pansant la plaie. Les ciseaux employés ne sont pas toujours antiseptiques. Ils doivent être soigneusement flambés et c'est un pansement antiseptique que l'on doit appliquer sur l'ombilic. M. Chapin cite des exemples d'affection ayant pour point de départ l'ombilic : on s'en rend compte, du reste, facilement.

Le traitement prophylactique est le seul qui donne des résultats satisfaisants ; mais quand l'infection est bien définitivement établie, le pronostic est fatal. Toutefois, on doit s'efforcer de découvrir le siège de l'infection. En cas d'ulcération de l'ombilic, les solutions de sublimé sont employées avec profit. Guelpe préconise l'incision large et le grattage du point malade. Les lavages antiseptiques sont toujours indiqués. A l'intérieur, on donnera du bromure de potassium et de l'hydrate de chloral. En même temps, l'enfant devra être alimenté et stimulé autant que possible.

P. C.

(1). Voir *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1891, n° 34, p. 530.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

CHIRURGIE

Objections à l'emploi chirurgical de la cocaïne, par M. Anderson. — Depuis que les usages thérapeutique, de la cocaïne ont été découverts, peu de médicaments ont joui d'une telle renommée : on a cru qu'a ses propriétés anesthésiques elle joignait l'innocuité. L'avis du Dr Anderson est qu'elle demande, au contraire, à être employée avec les plus grandes précautions (*The New-York med. Journal*, 3 oct. 1891).

Il n'en est pas de la cocaïne comme du chloroforme : nous n'en connaissons ni les indications, ni les contre-indications. L'auteur conclut donc que :

1° La cocaïne est plus dangereuse quand on l'emploie pour les opérations de la bouche que dans les autres cas (surtout dans la partie postérieure de la bouche, par exemple, pour l'extraction de dents de sagesse);

2° Les centres nerveux cardiaques et respiratoires sont vigoureusement stimulés, surtout ce dernier ;

3° Les malades à l'aspect cyanosé, dont la circulation manque d'activité, supportent mal la cocaïne, en règle générale.

P. C.

Cure radicale de l'hypertrophie prostatique, par M. K. Eigenbrodt. — C'est la relation de cinq cures radicales pour

Digitized by Google

hypertrophie de la prostate, pratiquées par le Dr Trendelenburg (*Beitrage zur klin. Chir.*, 8 nov. 1891).

Les conclusions de l'auteur se résument ainsi : 1° L'expérience démontre que l'opération radicale est possible dans la plupart des cas d'hypertrophie prostatique. Ce traitement comporte une prostatectomie supra-pubienne dans laquelle on enlève, si c'est possible, toutes les parties proéminentes ; 2° plus l'opération est précoce, plus le pronostic est bon ; on doit opérer avant l'apparition de la cystite, surtout dans les cas où le chirurgien redoute une inflammation post-opératoire ; 3° dans les cas où la maladie est très avancée, l'opération apporte un grand soulagement au malade, qui peut dès lors uriner quand il veut ; 4° dans les cas d'hypertrophie obstructive, la rétention d'urine ne consiste pas, comme on le croit généralement, dans l'occlusion de la valvule du méat interne de l'urètre par un lobe proéminent de la glande, c'est le résultat de l'hypertrophie régulière et générale de la portion vésicale de la prostate avec formation d'un cul de sac vésical. Ce sont ces parties que le chirurgien doit s'efforcer d'enlever. P. C.

MÉDECINE

Hémoglobinurie intermittente consécutive à une gelure, par M. Rinonapoli. — L'hémoglobinurie consécutive aux gelures n'aurait été encore vue qu'une seule fois par MM. Bristow et Capemann.

On a rencontré la matière colorante du sang dans l'urine, en l'absence de tout globule rouge dans la malaria, la syphilis, le diabète, le rhumatisme articulaire aigu, la scarlatine, la fièvre typhoïde, la chlorose, l'ictère épidémique des nouveau-nés (Birsch-Hirschfeld), après la circoncision (Baginsky), après l'administration de la quinine; en somme, à la suite d'états pathologiques capables d'altérer profondément la crase sanguine. L'hémoglobinurie représente donc seulement un symptôme important mais commun à un assez grand nombre de maladies. Le froid intense pourrait agir donc avec assez d'énergie sur les globules rouges pour faire passer leur hémoglobine dans le plasma.

Le malade de notre confrère italien était âgé de sept ans. En décembre 1889, il a les pieds gelés : les engelures suppurent et le forcent à se mettre au lit.

En janvier 1890, sans cause, l'enfant est pris de frisson avec refroidissement des extrémités, grande agitation, et rend une urine couleur de sang. Le lendemain, plus de fièvre, 36°8, mais pâleur, faiblesse, l'urine est brune, albumineuse. Au microscope, il n'y a ni globules rouges, ni cylindres, ni parasites. Au spectroscoque, on constate de la méthémoglobine. Le serum du sang est teinté par de l'hémoglobine.

La guérison des engelures par un pansement antiseptique à l'acide borique et à l'iodoforme amena la cessation de l'hémoglobinurie (*Arch. Ital. di Pediat.*, nov. 1891).

Plus rien pendant l'été, mais en hiver, en novembre 1890, les engelures reparaissent et l'hémoglobinurie en même temps, celle-ci guérit enfin définitivement.

Dans ce cas, le refroidissement et les engelures peuvent seuls être mis en cause. H. G.

Classification et traitement des néphrites, par M. Delafield. — Une bonne classification prélude souvent à une bonne thérapeutique. L'auteur en range sous trois chefs les affections rénales : congestion, dégénérescence, inflammation.

La congestion aiguë des reins résulte de l'ingestion de substances toxiques, de l'extirpation d'un rein ou de traumatisme. Elle se traduit par la diminution ou la suppression des urines sans albuminurie. Contre cet état convient surtout la chaleur en application locale.

Dans la congestion chronique, l'étiologie reconnait l'influence mécanique d'une circulation collatérale prolongée. C'est pourquoi on emploie contre elle les stimulants cardiaques et les vaso-dilatateurs artériels qui rétablissent l'équilibre rompu.

Les substances toxiques inorganiques, les toxines des maladies infectieuses ou celles qu'accumulent les fautes d'hygiène produisent la dégénérescence aiguë du parenchyme rénal lorsque leur action est forte ou subite. Secondairement, ou, lorsque la quantité de poison est moindre, la dégénérescence chronique. Contre ces deux états anatomiques, la prophylaxie peut plus que la thérapeutique (*Amer. Journal of the Med. Sciences*, oct. 1891).

La néphrite aiguë, soit exsudative, soit diffuse, néphrite parenchymateuse, néphrite interstitielle, résultent de l'exposition au froid; on les observe dans les fièvres : la scarlatine, la diphtérie, etc. Elles comportent deux indications principales : la diminution de l'élément inflammatoire, la régulation de la circulation.

Pour remplir la première condition, on utilise les ventouses sur la région lombaire, la chaleur localement ou sur tout le corps et à l'intérieur, le calomel, le sulfate de magnésie, l'opium, l'aconit ou la digitale.

Les troubles circulatoires produisent les symptômes cérébraux et l'œdème.

Pour dilater les artères, on s'adresse à l'hydrate de chloral, à l'opium, au nitrate d'amyle, à la nitro-glycérine ; pour diminuer la quantité de sang en circulation, à la saignée, aux sudorifiques ou aux purgatifs.

Mais, si le cœur faiblit et si les artères se relâchent, il faut prescrire les stimulants cardiaques.

Pour la néphrite chronique, le choix d'un climat chaud et sec, d'un genre de vie calme, importent beaucoup plus que les médicaments qu'on dirigera contre l'anémie, les œdèmes ou les troubles circulatoires. H. G.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE.

Du lysol en obstétrique, par M. Pée. — Le mélange à parties égales de crésol et de savon mou, constitue, d'après l'auteur un des meilleurs médicaments pour l'antisepsie des instruments, des mains et du champ opératoire, sa puissance toxique étant inférieure de huit fois à celle de l'acide phénique et une fois à celle de la créoline. (*Deut. Med. Wock*, 29 octobre 1891).

Comme solution désinfectante, M. Pée emploie une solution aqueuse à un pour cent de lysol.

De plus, autre avantage, son emploi est accepté facilement par les nourrices et les nouvelles accouchées. N. D.

THÉRAPEUTIQUE MEDICALE

Traitement des pustules varioliques par l'ichthyol, par M Pellegrini. — C'est à la période de pustulation que son emploi est indiqué (*Thérap. mod.* 1891, n° 9).

On fait usage d'une solution à 3,5 ou 10 pour cent, avec laquelle on pratique, trois ou quatre fois par jour, le badigeonnage des pustules. Les avantages de ce traitement sont les suivants ; diminution de l'inflammation, arrêt de la suppuration, dessication plus rapide des pustules. De plus, ce serait un moyen de prévenir la formation du pus. S. R

Traitement de la tuberculose pulmonaire par le gaïacol iodé par M. Gregg. — L'emploi des antiseptiques dans le traitement de la tuberculose n'a pas d'autre but que d'en retarder les progrès. Dans ce but le gaïacol doit être pris à haute dose. Les médecins qui se contentent de donner quelques centigrammes de gaïacol par jour, quantité insuffisante pour produire de l'effet, devraient porter la dose à un ou deux grammes, le gaïacol n'étant dangereux qu'à la dose de cinq grammes. (*The New-York méd. Journ.*, sept 1891).

Digitized by Google

Ce mode d'administration du gaïacol est encourageant. Le malade, a au bout de quelques jours une augmentation du poids, du retour des forces et de la diminution de la toux, de l'expectoration, et de la fréquence du pouls. Il faut une certaine persévérance dans le traitement. L'estomac est remarquablement intolérant pour ce remède. Les injections hypodermiques permettent d'en introduire une plus grande quantité dans l'organisme, à condition d'être faites avec beaucoup de soin, et bien préparées et les instruments absolument aseptiques. On doit mettre deux heures à injecter la dose nécessaire. P. C.

REVUE DES LIVRES

De l'influence de la congestion chronique du foie dans la genèse des maladies, par M. le Dr Poncel (2e édit., Paris 1891, Lecrosnier et Babé).

Vina portax, porta malorum : le foie est un grand coupable. C'est le générateur de la plupart des maux qui affligent l'humanité souffrante. On l'a dit souvent; on l'a oublié non moins souvent. Le livre, à coup sûr intéressant, de notre très savant confrère marseillais suffirait, s'il était nécessaire, pour nous le remettre en mémoire.

Il a en effet une portée plus étendue que celle de la rubrique lui servant de titre. M. Poncel est clinicien, et s'élève contre l'abus assez vulgaire de prendre « les résultats pour les causes », les effets pour les maladies et de ne point « voir l'unité dominant la complexité organique ».

Pour ce motif et d'autres encore, son œuvre est de celles qui échappent à la critique. On doit la lire, la méditer et quand bien même on ne l'accepterait pas dans toutes ses parties, on rendrait justice à l'auteur de sa conviction et de sa sincérité. Pour ma part, je suis heureux de formuler cet hommage mérité et j'espère que tous ceux qui liront ce livre le formuleront aussi.

Ch. Eloy.

Société des sciences médicales de Gannat (Compte rendu des travaux de l'année 1890-1891), 1 vol. in-8°. — Paris 1891. Delahaye et Lecrosnier.

L'activité de cette vaillante Société ne se ralentit jamais. C'est là, en plus des autres, un témoignage honorable de sa vitalité. On s'en rend compte avec satisfaction en parcourant ce volume et en retenant les noms estimés des auteurs et intéressants travaux tels que ceux de MM. Bousquet (*Du curage et du curettage utérin dans l'endométrite*, M. Sahut (*Luxation du genou; angine de poitrine*), Boudard (*Le choléra; la vaccine*), Deschamps (*Empoisonnement par l'aconitine*), de Lamellerée (*Le tubage du larynx; la variole pharyngo-laryngée*), et Bordérémy (*Cas de polydactylie*).

On se rend compte par cette énumération des efforts de nos distingués confrères, pour apporter leur tribut scientifique aux progrès des diverses branches de l'art médical. C'est de la décentralisation à la bonne manière. On doit les en féliciter et faire des vœux pour la prospérité toujours plus grande de la Société qu'ils honorent. Qu'ils reçoivent nos chaleureuses félicitations.

Ch. Eloy.

Variole et Antisepsie, par M. le Dr Cavaillon, Saint-Didier-les-Bains, Devillario, 1891).

Le plus grand danger que court le varioleux est l'auto-intoxication. Donc, indépendamment des soins d'hygiène générale et d'aération de la chambre du malade, le traitement antiseptique est depuis longtemps préconisé.

L'auteur recommande le suivant:

Ouvrir la pustule dès qu'elle est formée (vers le 4e ou 5e jour) et plonger dans l'intérieur un pinceau imbibé de la solution suivante :

Benzine.....	1	gramme
Eau.....	40	—
Alcool pur..	2	—

Frotter ensuite avec de la vaseline, ou, pour le troisième degré, avec la pommade suivante :

Naphtol.....	5	grammes
Vaseline aromatisée de benjoin ou de bergamote.	100	—

Dès que la fièvre de sortie est tombée, bains tièdes sulfureux ou aromatisés. P. C.

TRAVAUX ORIGINAUX

HYGIÈNE PUBLIQUE

Influence de l'épidémie de grippe sur le chiffre des naissances à Paris

par le Dr Roeser

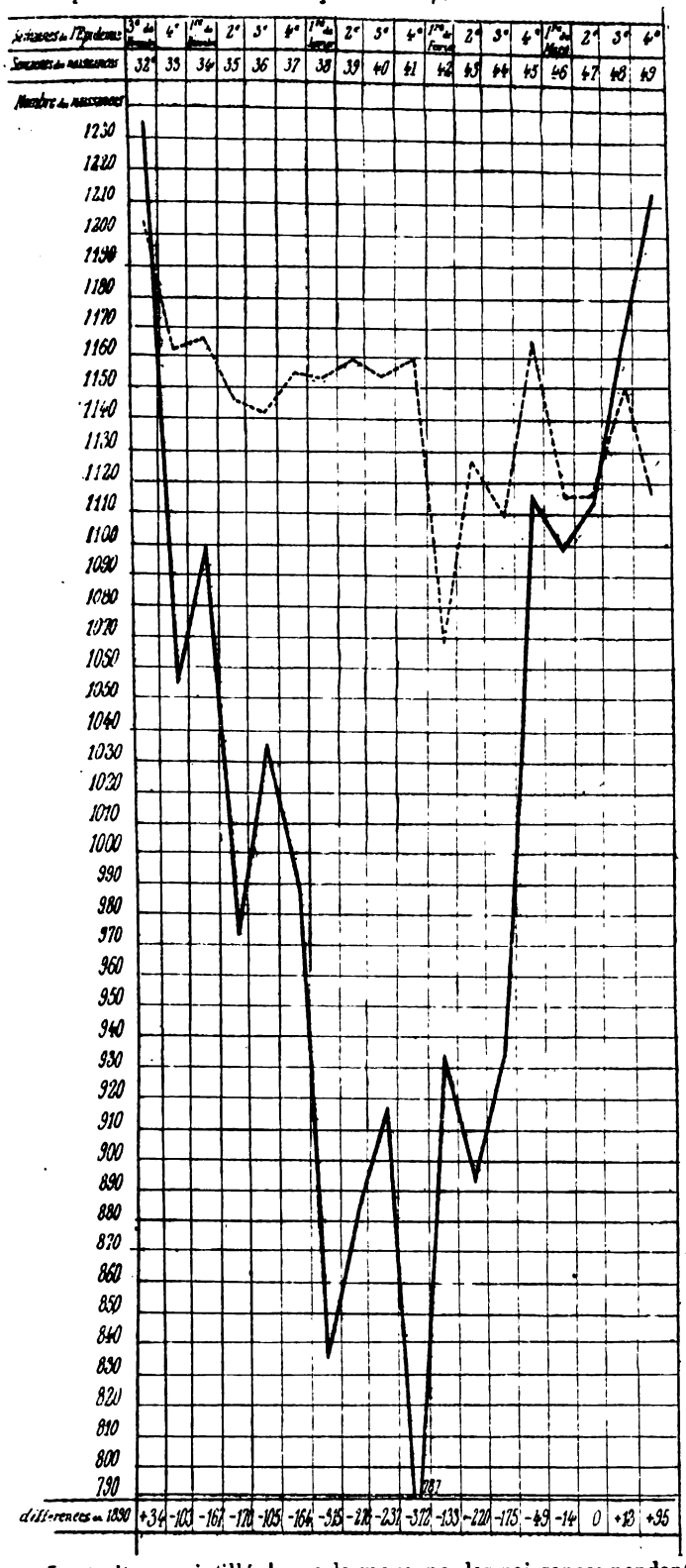
En examinant le relevé des naissances à Paris pour les dernières années, on reste surpris de l'abaissement brusque et considérable qu'on rencontre du mois d'août au mois de septembre 1890, abaissement qui n'a d'analogue à aucune période des cinq années précédentes. C'est ainsi que la 41e semaine a produit 787 naissances, chiffre le plus bas à la vérité, tandis que pas une fois dans les cinq années précédentes, le total d'une semaine n'est descendu au-dessous de mille, se maintenant généralement à 1,100, atteignant souvent 1,200. Or, cette diminution que le graphique ci-joint met bien en évidence ne se présente pas une fois par hasard, ni seulement pendant un mois entier, ce qui, à la rigueur, pourrait être considéré comme une coïncidence indifférente et négligeable dans une année, mais bien pendant quatre mois entiers, avec une ligne descendante, un point minimum et enfin une ligne ascendante vers la normale. Un phénomène aussi régulier dans ses phases est forcément dominé par une cause appréciable. Si donc nous remontons à l'époque où ont été effectuées les conceptions dont le dénouement s'est manifesté dans ces semaines si peu prolifiques, nous avons immédiatement la clef de l'énigme, car nous tombons en pleine épidémie de grippe.

A *priori*, il était rationnel de penser qu'une semblable épidemie, attaquant les individus en aussi grand nombre, les déprimant pour plusieurs semaines, en tuant une certaine quantité, devait avoir une influence sur le taux des naissances. Il ne s'agit pas seulement de ceux qui ont été gravement atteints, il y a eu beaucoup de malades ayant subi une atteinte légère dont les forces et surtout les forces viriles ont été très longues à se relever. Il n'y a pas lieu non plus d'attribuer la faible natalité de la période correspondant à l'épidémie à la mortalité qui en a été la conséquence. Malgré les vides faits par la mort il sera facile de remarquer que les naissances sont rapidement remontées au taux moyen quand la maladie a cessé. Nous trouvons que l'abaissement a dépassé de trois semaines environ la période épidémique, ce qui peut jusqu'à un certain point s'expliquer par la débilité des convalescents.

Avant de présenter le graphique destiné à mettre en relief les résultats que je viens d'énumérer, il est utile de dire un mot à propos d'un travail statistique récemment paru au *Journal officiel* et concernant les naissances de la France entière en 1890.

Digitized by Google

Graphique montrant l'abaissement du chiffre des naissances de 1890, dans les périodes correspondant aux conceptions effectuées pendant l'épidémie de grippe, la date de la naissance étant reportée à la 38e semaine qui suit la fécondation.



Le trait en pointillé donne la moyenne des naissances pendant les années 1885, 1886, 1887, 1888, 1889. Le trait plein donne le chiffre exact des naissance de l'année 1890.

L'auteur signale un semblable arrêt des naissances en 1870 71 à la suite de la guerre et en 1854-55 à la suite du choléra et de la guerre de Crimée. Ces précédents sont utiles à noter, d'autant plus que M. Bertillon, dans son article Natalité du *Dictionnaire encyclopédique* ne parait pas s'être occupé de la question. Mais le *Journal officiel* nous donne encore une autre cause du déficit des naissances en 1890 qu'il me parait difficile d'accepter, au moins telle qu'elle est présentée.

« Lorsqu'il se produit à un moment donné un déficit pour une cause ou pour une autre dans les naissances ou une forte mortalité parmi les vivants, trente-cinq ou trente-six ans après (durée ordinaire d'une génération), ce déficit se retrouve dans l'effectif de la génération appelée à produire à son tour un contingent annuel de naissances. Cette cause combinée avec la perte irréparable des jeunes gens enlevés pendant les années 1870-71, explique dans une certaine mesure le déficit constaté dans les naissances en 1890. »

Le tableau des naissances de 1890 comparées à la moyenne des cinq années précédentes n'accuse de déficit que pour les quatre mois que j'ai mentionnés ; tous les autres chiffres sont absolument comparables, ce qui n'aurait pas lieu si on devait attribuer ce mouvement anormal à une cause éloignée et plus prolongée que l'épidémie de grippe. Toutes les parties de l'année devraient être influencées, et si elles ne le sont pas, c'est que la cause invoquée dans l'article du *Journal Officiel* est trop éloignée et perd de la précision à une aussi longue portée. Elle devient indistincte en se répartissant sur plusieurs années.

La grippe a fait son apparition à Paris le 26 novembre 1889, se généralisant seulement dans la première semaine de décembre pour atteindre son maximum dans la première semaine de janvier et s'éteindre ensuite dans les premiers jours de février.

En reportant la date de la naissance à la trente-huitième semaine qui suit la conception, nous pouvons constater que la décroissance a commencé à la période exactement correspondante à la dernière semaine de 1889 ; c'est à-dire que les naissances du 10 au 16 août 1890 ont commencé à se rapprocher du chiffre 1,000 pour tomber au-dessous, du 24 au 30. Le minimum, qui a été de 787, du 5 au 11 octobre, correspond à la quatrième semaine de janvier, tandis que le maximum de l'épidémie est considéré comme ayant eu lieu dans la première semaine de janvier. Ce défaut de concordance tient à ce que le maximum a été établi d'après la mortalité et non d'après la morbidité, chose possible au début, mais impraticable pour le cours et le déclin d'une épidémie. Ainsi, comme je l'ai dit tout à l'heure, l'épidémie étant regardée comme éteinte dans les premiers jours de février, le taux des naissances ne reprend son niveau normal que vers la quarante-unième semaine suivante, phénomène attribuable aussi bien à la durée de la convalescence qu'à la prolongation de l'épidémie. La statistique ne peut tenir compte de ces derniers cas de maladie, puisque la mortalité qui fait la seule base solide de ses études n'est plus excessive.

Digitized by Google

Il n'y a guère de conclusion à tirer de ce travail. C'est une simple constatation de faits, un chapitre ajouté aux articles *Épidémie* et *Natalité*. C'est une statistique sans portée pratique, dans laquelle les médecins trouveront une confirmation de faits qu'ils connaissent et qui n'avaient pas encore été précisés aussi rigoureusement.

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

DERMATOLOGIE

Traitement de la leucoplasie

Depuis une leçon professée par M. le Dr E. Vidal en 1883, on désigne communément en France sous le nom de *Leucoplasie* une affection assez fréquente, d'une grande importance pratique, car elle est fort souvent douloureuse et peut aboutir à l'épithéliome, et qui est objectivement caractérisée : 1° par le développement en certains points de la muqueuse buccale, mais surtout à la face dorsale de la langue, à la face interne des joues et des lèvres, parfois à la vulve, de plaques blanches, plus ou moins nacrées et épaisses, à évolution fort lente ; 2° par une altération superficielle de la muqueuse sous-jacente qui subit le processus de l'inflammation chronique.

La synonymie de cette affection est fort étendue ; citons, pour préciser les idées, parmi les termes les plus employés, ceux de : *Psoriasis lingual* (Sigmund), *Ps. buccal, arthritique* (Bazin et Debove) ; *Plaques blanches de la bouche, Plaques blanches des fumeurs, Plaques nacrées commissurales* (Devergie, Buzenet, Fournier) ; *Leucoplakia buccalis* (Schwimmer) ; *Leucokératose des muqueuses* (E. Besnier) ; *Glosso-stomatite épithéliale superficielle, glosso-stomatite leucoplasique* (E. Bénard), etc...

Traitement général. — Il n'y a pas, à proprement parler, de traitement général de la leucoplasie, c'est-à-dire que l'on ne connaît pas, du moins encore, de médicament qui, donné à l'intérieur, agisse directement sur la plaque blanche pour la faire disparaître.

Le traitement général doit donc consister à modifier, autant que faire se peut, les conditions morbides qui semblent favoriser le développement de l'affection.

Et, tout d'abord, une première question se pose : quand le malade, atteint de leucoplasie buccale, a eu la syphilis, faut-il instituer une médication antisyphilitique ? D'après la plupart des auteurs, un traitement antisyphilitique a presque toujours dans les leucoplasies vraies un effet désastreux.

Quant à nous, toutes les fois que la langue présente une induration assez profonde, ou une lobulation marquée, c'est-à-dire des symptômes qui peuvent faire croire à une sclérose syphilitique linguale en activité, quelque minime qu'elle puisse être, nous croyons que l'on doit essayer un traitement antisyphilitique mixte énergique, longtemps continué avec des intervalles de repos, pourvu toutefois que l'on soumette le malade à une surveillance incessante, afin de changer de ligne de conduite à la moindre aggravation ; on prendra en même temps des soins minutieux d'hygiène buccale (voir plus loin), et on combattra préventivement, par tous les moyens usités, la stomatite mercurielle ; ce dernier accident est en effet une indication formelle à supprimer la médication hydrargyrique, du moins momentanément.

Nous avons vu des leucoplasiques syphilitiques ne pouvoir supporter les préparations mercurielles, qui semblaient aggraver les lésions buccales, et se trouver au contraire fort bien de doses moyennes d'iodure données de temps en temps par courtes périodes de huit à douze jours. Ce sont là des idiosyncrasies dont il faut être prévenu.

Si le sujet, quoique étant nettement syphilitique, ne présente du côté de la langue aucun vestige de lésion spécifique, le cas devient beaucoup plus discutable. Néanmoins, avec M. le Dr E. Besnier, nous conseillons d'essayer quand même le traitement antisyphilitique, car nous avons vu, dans ces circonstances, l'iodure produire d'excellents effets, mais nous n'avons pas besoin d'ajouter que l'on doit surveiller étroitement le malade et tout arrêter à la moindre aggravation.

La médication mixte ou purement iodurée peut être suivie, comme nous venons de le dire, d'un succès réel et complet : c'est fort rare. Assez souvent il se produit d'abord une amélioration qu'il est fort difficile de rapporter à la médication spécifique ou à l'hygiène suivie, puis l'état reste stationnaire, ou bien il survient des aggravations nettement causées par les médicaments. Parfois, l'iodure et le mercure agissent beaucoup mieux quand on les donne par la voie cutanée ou rectale ; il semble que leur action irritante sur la muqueuse buccale se fasse ainsi moins sentir.

Les sujets manifestement arthritiques seront soumis à une hygiène et à une médication générales appropriées. Bien que nous ne connaissions rien de précis à cet égard, nous pensons que les eaux minérales alcalines, telles que Vichy, Vals, Royat, etc... sont indiquées dans ces cas. Nous croyons en effet que l'arthritisme joue souvent un rôle actif dans les diverses affections inflammatoires de la langue. Chez d'anciens syphilitiques atteints de sclérose linguale avec plaques leucoplasiques, nous avons vu assez souvent se produire, du côté de cet organe, des sortes de poussées inflammatoires avec rougeur et tuméfaction, poussées qui ne dépendaient ni du mauvais état des voies digestives, ni d'un écart de régime, ni de toute autre cause appréciable. Le traitement antisyphilitique mixte agissait mal ; l'iodure de potassium seul, à de faibles doses, produisait quelquefois d'assez bons effets ; mais nous avons surtout obtenu des résultats avec la quinine associée aux alcalins, avec la médication de la crise goutteuse.

On soignera avec la plus grande attention les autres états morbides généraux qui peuvent co-exister, le diabète en particulier, et ses diverses formes « glycosurie, oxalurie, phosphaturie, azoturie, polyurie, etc... » (E. Besnier).

Lorsque la leucoplasie se développe chez des sujets qui ont eu antérieurement des affections cutanées justiciables de l'arsenic, ou dont les parents ont été atteints de ces dermatoses, il est indiqué d'instituer chez eux la

Digitized by Google

médication arsenicale (E. Besnier); mais nous insisterons sur ce point qu'ici encore il faut que le médicament soit bien toléré; dès qu'il cause le moindre trouble du côté du tube digestif, on doit en suspendre l'emploi.

C'est qu'en effet nous attachons, pour notre part, la plus grande importance dans toutes les affections de la langue à tendances inflammatoires même atténuées, au bon fonctionnement de l'estomac et des intestins. Un écart de régime, une crise de dyspepsie, de l'irrégularité dans les garde-robes sont très souvent accompagnées d'une poussée inflammatoire du côté de la langue. Le médecin devra donc en avertir son malade et réclamer de lui : 1° un régime alimentaire d'une sévérité absolue, réglé suivant ce qui convient à son état général et à son état local (voir plus loin); 2° des digestions parfaites; 3° des selles régulières et normales. Certains leucoplasiques ont le système veineux de la langue très dilaté et congestionné, ce qui semblerait indiquer l'utilité chez eux d'une dérivation intestinale par les préparations aloétiques (Besnier).

Traitement local. — La première prescription que l'on doit faire à un leucoplasique c'est d'éviter avec le plus grand soin que les parties atteintes ne soient soumises à des contacts irritants. Nous ne dirons donc pas, avec Butlin, que dans les cas légers on peut se contenter de faire diminuer la dose de tabac que le malade fume, mais, avec M. le Dr E. Besnier, que le malade doit *cesser absolument de fumer*; on ne peut transiger sur ce point, il faut avoir la fermeté de l'exiger, sans cela il n'y a pas d'amélioration possible. La même interdiction s'applique au tabac à chiquer.

« Même interdiction sévère pour l'alcool sous toutes » ses formes, le vin pur, les aliments épicés de haut » goût, le sucre en nature sous toutes ses formes, les » boissons à température trés élevée ou très basse, brû- » lantes ou glacées, les médicaments irritants, etc...

» L'état de la *dentition* devra être amélioré dans les » limites les plus complètes que peut réaliser l'art du » dentiste; toutes les maladies coexistantes de la bouche » seront traitées par les moyens énergiques et précis » que l'on possède aujourd'hui. Les pièces dentaires » devront être aussi peu nocives que possible, tenues » avec une propreté méticuleuse, nettoyées après chaque » prise d'aliments, et ôtées toutes les fois où elles ne » sont pas absolument indispensables. Les soins de la » bouche nécessaires à chacun sont, chez les leucoké- » ratosiques, une mesure d'urgence immédiate. » (E. Besnier et Doyon, 2e édition de la traduction française des Leçons de Kaposi, t. II, p. 689).

Les soins que nous venons d'indiquer constituent la partie de beaucoup la plus importante du traitement. Cependant, il faut instituer aussi une médication topique locale. Nous conseillons surtout d'agir par les bains locaux émollients et alcalins et par les pulvérisations.

« Dans la grande majorité des cas, bains et pulvéri- » sations doivent être réalisés à l'aide de liquides asep- » tiques presque indifférents; eau bouillie très faible- » ment boriquée, 5 pour 1000; décoction de feuilles de » coca, 2 pour 1000; faiblement alcalinisée avec le bi- » carbonate de soude, 2 pour 1000; le salicylate de » soude, 1 pour 1000; avec égale quantité de bicarbo » nate. » (E. Besnier et Doyon.)

Les autres liquides qui nous ont paru rendre des services sont l'infusion de guimauve, d'orge, de graine de lin, de têtes de pavots, additionnées soit d'un peu d'acide borique, soit de borate de soude 1/200e ou 1/100e, et surtout les eaux minérales alcalines naturelles, Vals et Vichy en particulier. Nous ne renonçons à ces dernières que dans certains états très inflammatoires des muqueuses où elles causent un peu de douleur. Nous prescrivons au malade de prendre toutes les demi-heures une gorgée du liquide employé (et nous lui en indiquons deux d'ordinaire — eau de guimauve boratée et eau de Vichy (Célestins), par exemple, dont il se sert alternativement), qu'il porte sur lui dans de petites bouteilles plates de voyage : il tient le liquide en contact avec la partie atteinte pendant 3 ou 4 minutes, le roule dans la bouche, puis le rejette; au besoin, il peut l'avaler si les circonstances dans lesquelles il se trouve ne lui permettent pas de le cracher.

On a conseillé dans le même sens de faire sucer des pastilles au borate de soude, au bicarbonate de soude, au chlorate de potasse. Nous n'en sommes pas partisans, et voici pourquoi : si ces pastilles sont des pastilles ordinaires sucrées, on sait que le sucre constamment tenu dans la bouche devient irritant pour la muqueuse; si elles ne sont pas sucrées, mais sont du type dit *comprimé*, le médicament qu'elles renferment est mis en contact avec la muqueuse à l'état de trop grande concentration, et par suite peut être irritant. Nous reconnaissons toutefois que l'on doit essayer d'agir par les pastilles au borate de soude et au bicarbonate de soude chez les personnes qui ne peuvent que difficilement se servir des bains de bouche : mais alors on leur recommandera de n'employer que des pastilles qui ne soient pas aromatisées avec des substances irritantes, en particulier avec de la menthe.

(*A suivre.*)

Dr L. Brocq,
Médecin des Hôpitaux.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

MALADIES DES ENFANTS

I. **Traitement de la coqueluche par la quinine.** — On a, de l'avis de Ungar, trop délaissé cette médication sous le prétexte de l'intolérance des enfants pour la quinine, et d'insuccès résultant des doses trop faibles du médicament.

Voici la posologie et la technique à employer dans cette médication :

1° *Doses.* — Entre 2 et 4 ans, autant de décigrammes de sulfate de quinine que l'enfant a d'années.

Au-dessus de 4 ans, dose de 40 et, par exception, de 50 centigrammes.

Au dessous de 2 ans : dose de 5 centigrammes à trois mois; 10 centigrammes à six mois; 12 centigrammes à un an; 20 centigrammes à un an et demi.

2° *Mode d'administration.* — Maintenir les doses élevées durant quatre à six jours, puis les abaisser graduellement en même temps que l'amélioration se produit

3° *Choix d'une préparation.*—Par la voie stomacale : sulfate ou chlorhydrate de quinine (leur amertume les fait refuser) ou lee tannate de quinine; par la voie hypodermique : les injections d chlorhydrate de quinine de préférence au bromhydrate.

Digitized by Google

Formule de Vitali et Galignani (recommandée par Ungar) :

Chlorhydrate de quinine.....	10 grammes
Eau distillée.....	7 gr. 50
Acide chlorhydrique.....	2 gr. 50

F. s. a. Cette solution est acide.

Formule de Villejean et de Beurmann. — Plus ancienne en date, elle est mieux éprouvée et par conséquent mieux indiquée:

Chlorhydrate neutre de quinine..	1 gramme
Eau distillée et bouillie.....	4 —

F. s. a. Un centimètre cube contient 26 centigrammes de sel quinique.

Ou bien :

Chlorhydrate neutre de quinine.	2 grammes
Eau distillée et bouillie.....	4 —

F. s. a. Chaque centimètre cube de cette solution représente 50 centigrammes de chlorhydrate de quinine.

MÉDECINE

II. **Traitement médical et antiseptique du furoncle.** — Il consiste: 1° à prévenir la modification des tissus; 2° à faciliter l'élimination du bourbillon; 3° à prévenir la formation de nouveaux furoncles :

1° *Médication antiphlogistique et désinfectante* :

a) Pratiquer des lotions boriquées.

b) Application, sur la surface, d'un emplâtre de Vigo ou onctions mercurielles.

c) Injections, dans la tumeur, d'eau phéniquée à deux pour cent.

2° *Médication maturative et antiseptique* :

a) Applications de cataplasmes chauds arrosés d'eau phénibuée à 2 0/0 ou de liqueur de Van Swieten.

b) Avant l'application de ces topiques, désinfection de la peau avec un tampon d'ouate, imbibé d'eau boriquée.

c) Onctions avec l'onguent suivant:

Vaseline.....	30 grammes
Oxyde de zinc....	10 —
Acide borique...	1 —

d) Bains de sublimé.

3° *Traitement préventif et général.* — Antisepsie gastro-intestinale; bains généraux et sulfureux; arsenic.

III. **Des indications et de l'emploi thérapeutique de quelques préparations contre la grippe.** — Au début, dans la *forme bronchique et catarrhale :* on prescrira la potion suivante à la fois expectorante et antithermique :

Sirop d'ipécacuanha... ..	15 grammes
Salicylate de soude.....	1 à 2 —
Acide chlorhydrique.....	V à VI gouttes
Sirop de limons.....	120 grammes

Dose : une cuillerée à bouche toutes les deux heures pour édulcorer quelques cuillerées de grog

S'il existe de la *toux quinteuse avec fièvre*: on associera l'antipyrine à la codéine:

Antipyrine.....	2 gr. 50
Codéine.....	0 — 05
Bicarbonate de soude.....	1 gramme

M. s. a. et divisez en dix cachets.

Dose : un cachet toutes les quatre heures.

Dans le cas de *catarrhe intestinal*: pour purgatif, le calomel à raison de 40 à 50 centigrammes par jour et à doses réparties ; ou bien, comme antiseptique intestinal : le bétol ou le naphtol.

Contre les douleurs de la *forme nerveuse et apyrétique*: l'antipyrine comme nervin; et, à l'extérieur: des frictions avec un liniment opiacé chloroformé comme le suivant :

Chloroforme.....	4 grammes
Extrait d'opium.....	1 —
Alcoolat de Fioraventi.....	15 —
Baume tranquille.....	40 —

Contre la *neurasthénie grippale:* préparations de strychnine, de kola, de coca et de quinquina à l'intérieur, ou le vin composé suivant:

Phosphate de soude.....	15 grammes
Extrait de quinquina.....	10 —
Teinture de kola.....	20 —
Glycérine.....	50 —
Vin de Malaga.....	900 —

Une verrée à madère après les repas du matin et celui du milieu du jour.

A l'extérieur : frictions stimulantes sèches avec l'alcool à 90°, avec l'eau de Cologne forte, ou bien la térébenthine :

Essence de térébenthine.....	10 grammes
Alcoolat de Fioraventi.....	60 —

N. D.

CORRESPONDANCE DE PARIS

Des diarrhées infectieuses chez les enfants

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt l'article que, dans le n° 49 de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, MM. Macé et F. Simon ont consacré à l'étude de diarrhées infectieuses compliquées de broncho-pneumonie. J'ai eu en effet moi-même l'occasion d'observer un bon nombre de cas du même genre, et j'ai fait, il y a près de 5 ans, à la Société médicale des hôpitaux une communication assez importante sur ce sujet (2). Depuis lors, j'ai rencontré un certain nombre de faits analogues, et en ce moment même un de mes élèves étudie la question à nouveau pour sa thèse inaugurale. « En somme, disais-je en janvier 1887, on retrouve dans la plupart des observations deux périodes : une première caractérisée par une diarrhée abondante, fétide, quelquefois des vomissements, et l'absence de fièvre; — et une seconde période, dans laquelle apparaissent avec quelques variantes la fièvre, les accidents pulmonaires et des phénomènes infectieux... » et plus loin « ... Je n'hésite pas à considérer tous ces accidents comme des phénomènes infectieux, et je ne parle pas seulement ici des phénomènes typhoïdes, des éruptions cutanées, des altérations du foie et des reins, mais aussi des accidents pulmonaires ».

Je signalais même des cas dans lesquels les accidents avaient été enrayés par un traitement où l'antisepsie intestinale jouait le rôle principal. Il n'avait pas été possible alors de faire des analyses bactériologiques, mais depuis cette époque les recherches ont été poussées dans cette direction; les résultats en

(1) *Plusieurs de nos lecteurs nous demandent de leur indiquer un traitement raisonné de la grippe. Nous ne pouvons mieux faire que de les renvoyer à la* Revue générale de clinique et de thérapeutique *de l'année* 1889, *ou plutôt au tome II des* Mémentos thérapeutiques du Praticien *qui paraîtra dans quelques jours, dans lequel se trouve un chapitre rédigé par* M. H. Huchard *et consacré aux* Indications *et à la* Thérapeutique de la grippe.

(N. de la R.).

(2) Sevestre. — Sur une forme de broncho-pneumonie infectieuse d'origine intestinale (*Société médicale des hôpitaux*, 14 janvier 1887 et *Etudes de clinique infantile* p. 110. 1889).

Digitized by Google

seront donnés plus tard, et je me bornerai à dire que nous avons, comme MM. Macé et Simon, trouvé la *Bacterium coli commune* en abondance dans les selles de nos malades. Ce fait n'a d'ailleurs qu'un intérêt médiocre; ce qui serait vraiment important, ce serait de démontrer dans le poumon même l'existence de ce microbe ou de ses produits. Je m'arrête: je voulais, en effet, rappeler seulement, dans cette courte note, que dès 1886, j'avais observé un nombre respectable de faits analogues à ceux de MM. Macé et Simon et j'ajoute que je suis très heureux de la confirmation qu'ils viennent apporter à mes observations.

Dr Sevestre,
Médecin de l'hôpital Trousseau.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES FRANÇAISES

Paris. **Société de biologie** (28 nov. 1891). I. *Les broncho-pneumonies de la diphtérie.* — **Société de thérapeutique** (25 nov. 1891), II. *La pureté des sels de strontiane et les moyens de la reconnaître.* — Bordeaux. **Société de médecine et de chirurgie** (3 nov. 1891). III. *Des hémorrhagies ombilicales du nouveau-né et de leur traitement.* — Lyon. **Société nationale de médecine** (23 nov. 1891). IV. *Traitement de l'ankylose du coude chez l'enfant.* — Rouen. **Société de médecine** (9 nov. 1891). V. *Fièvres typhoïdes avec albuminurie.*

I. **Les broncho-pneumonies de la diphtérie.** — Cette question de pathogénie commence à devenir moins obscure par la notion, plus généralement admise, du rôle des infections secondaires. Les observations de M. Ausche (de Bordeaux) sont intéressantes à ce point de vue.

Il a procédé à l'examen bactériologique des crachats, et du tissu pulmonaire dans plusieurs cas de broncho-pneumonie chez des diphtéritiques. Les bacilles qu'il a observés étaient le pneumocoque, le streptocoque et le staphylocoque, tantôt l'un ou l'autre isolément, tantôt les uns et les autres en association. Quant au bacille de Lœffler, il manquait.

Que conclure? Que l'infection secondaire intervient ici et que, soit dans sa forme lobulaire, soit dans sa forme pseudo-lobaire l'inflammation pulmonaire est causée indifféremment par le streptocoque ou le pneumocoque. Il serait donc téméraire d'en établir formellement la différenciation uniquement motivée par l'examen bacillaire.

II. **La pureté des sels de strontiane et les moyens de la reconnaître.** — Il parait que l'une des difficultés, cela se comprend, de juger la valeur thérapeutique de la strontiane, consiste dans l'impureté de ses sels toujours mélangés plus ou moins de baryte.

M. Patein, dont on connait la compétence comme chimiste, déclare que: pures, les solutions strontianiques ne précipitent pas par le bichromate de potasse. Si elles contiennent un millième de baryte, il en est autrement: il y a un précipité barytique, mais à la condition, selon la remarque d'un autre chimiste, M. Bocquillon, que le réactif au sel de chrôme soit, lui aussi, d'une absolue pureté.

C'est pourquoi, conseil pratique, M. Patein engage les thérapeutistes désireux de faire l'essai clinique de la strontiane de commencer par soumettre le médicament aux épreuves chimiques suivantes:

Essai des solutions strontianiques : 1° Additionner, avec quelques gouttes d'une solution de bichromate de potasse, la solution saturée du sel de strontiane; attendre vingt-quatre heures: si la baryte fait défaut, la solution restera limpide. Elle précipitera dans le cas où la baryte y serait contenue dans la proportion minima de 1 centigramme pour 10 centimètres cubes.

2° Ajouter à une solution strontianique quelques gouttes d'une solution de chromate jaune de potasse. La solution reste-t-elle limpide après quelques minutes? C'est qu'elle est pure.

Par contre, il se forme un précipité quand la proportion de baryte dépasse un milligramme pour 30 centimètres cubes de la solution.

Ajoutons que, fort intéressantes au point de vue théorique, ces analyses ne démontrent point la valeur thérapeutique des sels de strontiane et n'invalident pas les légitimes réserves de ceux qui, sans engouement, en poursuivent plus silencieusement l'essai clinique.

II. **Les hémorragies ombilicales des nouveau-nés et leur traitement.** — Cet accident n'est point fréquent: cependant M. Lugeol en a observé plusieurs cas se produisant quelques jours après la naissance, ordinairement au moment de la chute du cordon, mais non dans les premières heures qui suivent la naissance, par arrachement ou ligature imparfaite de ce cordon, ou par un emmaillottement trop serré empêchant la respiration de s'établir normalement.

Habituellement, en déshabillant l'enfant on constate cet accident imprévu, sous forme d'un écoulement en nappe et plus rarement en jet. L'intervention thérapeutique consiste, d'après les auteurs classiques, à pratiquer la ligature du tubercule ou la ligature en masse. M. Lugeol préfère cette dernière : elle donne une sécurité plus grande que la première.

C'est donc la ligature en masse préconisée par Paul Dubois, complétée par l'application de plumasseaux d'ouate salicylée et consolidée avec le collodion que notre confrère bordelais conseille. Son succès sera d'autant plus assuré que l'enfant sera exempt d'ictère, d'hémorragies par d'autres organes, d'hémophilie ou d'antécédents alcooliques héréditaires. Avec un retard dans l'intervention, ces causes sont celles des échecs et de la mortalité élevée que Depaul mettait à l'actif de ce traitement. Encore un jugement magistral à reviser!

IV. **Traitement de l'ankylose du coude chez les enfants.** — Il s'agit de la résection : opération plus souvent employée à cet âge contre les traumatismes ou les tuberculoses osseuses que contre les ankyloses.

M. Ollier rappelle que, le plus souvent consécutive à une ostéite infectieuse, l'ankylose du coude chez les enfants se présente dans deux conditions : 1° le bras et l'avant-bras étant en ligne droite; 2° l'avant-bras étant en flexion à angles obtus sur le bras. Cette position est à coup sûr la plus mauvaise. Enfin l'ankylose peut être unilatérale ou bilatérale.

Comme exemple, M. Ollier cite le suivant : un enfant de six ans et demi a une ankylose datant de quatre années et consécutive à une ostéite. L'abolition des mouvements est complète et s'accompagne d'atrophie de la longue portion du biceps et du triceps par absence de fonctionnement de ces muscles. On pratique une résection de quatre centimètres de tissu osseux. Pas de complications opératoires ou post-opératoires, mais, vers le huitième jour, tendance à la reproduction de l'ankylose par une nouvelle ossification.

Quelle conduite tenir en semblables cas? Eloigner les surfaces articulaires, combattre l'atrophie musculaire. A cet effet, on place l'avant-bras en demi-flexion dans un appareil à traction continue et on pratique l'électrisation des masses musculaires.

La surveillance du malade devra être prolongée pendant longtemps, et on fera manœuvrer souvent l'articulation, autrement la récidive de l'ankylose et la perte des mouvements seraient rapides. C'est alors que la difformité deviendrait incurable. Le succès définitif du traitement dépend donc autant du succès opératoire que de la ténacité à en assurer les résultats.

Digitized by Google

V. **Fièvres typhoïdes avec albuminurie.** — En tant que symptôme, l'albuminurie est banale dans la fièvre typhoïde. M. Boucher le rappelle et cherche à quelle cause pathogène on peut l'attribuer.

Dans une série de dix cas, il a trouvé sept fois un à deux grammes d'albumine dans les urines; il s'agissait donc de formes rénales. Fallait-il voir dans cette fréquence un bacille et aux causes qui l'auraient véhiculé? Notre distingué confrère fait observer que ces causes étaient d'origines diverses. Il invoquerait donc plutôt l'intervention de causes atmosphériques modifiant l'allure de la maladie « de même qu'au moment de « l'influenza plusieurs états infectieux semblaient présenter « des irrégularités dans leur allure habituelle. »

Aucune preuve bactériologique de cette opinion; par contre, des preuves cliniques. Il cite, par analogie, les épidémies typhoïdiques à manifestations variées (Lepecq de la Clotière, Hutinel) et, de plus, la coïncidence, au moment où il observait ces faits, d'autres maladies contemporaines dans lesquelles on constatait le symptôme de l'albuminurie.

Par son importance, cette question mériterait d'être soumise à une enquête clinique. C'est aussi l'avis d'un collègue estimé de M. Boucher: « En effet, dit M. Olivier, contrairement à l'opinion de Gubler, l'albuminurie, dans la fièvre typhoïde, n'est pas d'une très grande fréquence. Par contre, elle aggrave le pronostic.

L'albuminurie typhoïdique du début: dépend d'une congestion rénale; l'*albuminurie typhoïdique de la troisième semaine* a pour cause une altération anatomique du rein, c'est une néphrite provoquée par une élimination microbienne mixte. La première est relativement bénigne; la seconde est grave; la fermeture du rein insuffisant faisant obstacle à l'élimination des toxines.

Cette gravité de l'albuminurie tardive est-elle constatée sous l'influence de certaines causes extérieures? Peut-être, ajoute M. Olivier, qui cite l'aggravation considérable de la mortalité typhoïdique pendant les dernières épidémies d'influenza.

L'influenza a modifié les pleurésies dans le sens de la purulence, elle a produit, par une infection antérieure, une disposition aux néphrites que la fièvre typhoïde a développées.

Autre question à résoudre: l'influence de ces congestions rénales, de ces néphrites infectieuses typhoïdes tardives, quand elles guérissent, sur le développement ultérieur d'un mal de Bright. — M. Olivier est porté à penser que le fonctionnement rénal, dévié par la fièvre typhoïde, continue à se faire d'une manière anormale; la cellule rénale a subi une atteinte dont elle se remettra momentanément, mais qui, sous l'influence de la moindre cause, pourra évoluer vers la néphrite chronique et le mal de Bright.

En résumé, l'albuminurie de la fièvre typhoïde est loin d'avoir la fréquence qu'on lui a attribuée; en survenant ou se continuant à une période tardive de la maladie, elle en rend le pronostic extrêmement grave; enfin, chez les typhiques albuminuriques on doit, après leur guérison, surveiller tout particulièrement le rein. N. D.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 décembre 1891

Présidence de M. le Dr Terrier.

L'hystérectomie vaginale et le cancer de l'utérus. — M. Bouilly. La discussion qui vient d'avoir lieu devant la société a montré que le cancer de l'utérus était une des formes es plus malignes de cette affection, que son évolution était apide et fatale. Il ressort également de cette discussion que l'hystérectomie vaginale totale pour clancer est une opération difficile, grave et souvent dangereuse.

En 1888, M. Bouilly avait fait trente hystérectomies vaginales totales pour cancer, qui lui avaient donné sept morts immédiates. En 1889, il a pratiqué cinq fois cette opération avec trois décès; en 1890, onze fois avec cinq décès; en 1891, cinq fois avec un décès. Ainsi, sur vingt et un cas il y a eu neuf décès, mortalité évidemment considérable. Ces insuccès sont dûs deux fois à la septicémie, une fois au choc opératoire, une fois à l'ouverture de la vessie, une fois à une hémorrhagie secondaire, une fois à l'urémie, et trois fois à des lésions trop lavancées.

Toutefois un certain nombre de malades ont bénéficié de l'opération. Trois restent encore guéries depuis quatre ans, trois ans et huit mois, et trois ans; deux autres depuis dix-sept et quinze mois. Plusieurs ont longuement bénéficié de l'opération. Une est morte de récidive quatre ans et quatre mois après l'opération. Deux autres atteintes de récidive après deux ans dix mois, et trois ans cinq mois vivent encore. D'autres sont mortes de récidive après deux ans et demi, deux ans, un an et demi, quatre mois et deux mois et demi.

En résumé, sur cinquante hystérectomies totales, pour cancer, il y a eu seize morts opératoires, six guérisons dont la plus ancienne date de quatre ans, et des récidives avec survies plus ou moins prolongées. En général la récidive est survenue de deux mois à trois ans après l'opération, la mort a eu lieu au bout de six mois en moyenne.

M. Bouilly estime que les interventions partielles n'ont pour elles que la bénignité opératoire: ses résultats sont moins bons: sur quinze opérations de ce genre, il y a eu quinze récidives rapides; des résultats qu'il a obtenus, il conclut que l'on doit s'abstenir de toute intervention, lorsque la totalité de l'organe malade ne peut être enlevé, et faire l'hystérectomie totale dans les autres cas.

De la hernie obturatrice. — M. Berger rend compte d'un mémoire envoyé par M. Picqué. Au mois de novembre, 1890, une femme de 78 ans entrait à l'infirmerie de l'hospice des Ménages se plaignant de douleurs vives dans l'une des cuisses, de coliques, de constipation. Elle avait déjà présenté une fois de semblables accidents qui s'étaient dissipés après une garde-robe abondante. Lorsque M. Picqué la vit, elle présentait depuis deux jours des phénomènes d'étranglement intestinal. A la partie supérieure et interne de la cuisse, on constatait une tuméfaction générale, diffuse et douloureuse, de même qu'un léger empâtement du pli de l'aine. M. Picqué, pensant qu'il s'agissait d'une hernie crurale étranglée insolite, administra le chloroforme et pratiqua une incision verticale sur la tuméfaction fémorale, mais à son grand étonnement ne trouva aucune hernie sous les muscles. Celle-ci s'était réduite spontanément sous le chloroforme. Par le toucher vaginal il sentit un cordon plein se dirigeant vers le trou sous-pubien et l'existence d'un trajet reconnaissable au doigt. La malade guérit rapidement de cette opération. Le 1er janvier elle présenta de nouveaux accidents d'obstruction intestinale, le 3 il y eut une détente; quelques jours après elle succombait de complication pulmonaire. A l'autopsie on trouva une hernie obturatrice étranglée avec englobement de la trompe dans le sac.

La hernie obturatrice donne lieu à des erreurs fréquentes de diagnostic; elle est souvent confondue avec la hernie crurale. Ses caractères principaux sont: 1° une tuméfaction diffuse, mal circonscrite au niveau des adducteurs de la cuisse, qui d'ailleurs peut faire défaut; — 2° une douleur locale, au-dessous du pubis, dans la masse des adducteurs; — 3° l'exploration permet de sentir vaguement le pédicule au milieu des adducteurs. Par le vagin, on reconnait plus facilement l'existence d'une corde épiploïque se dirigeant vers le trou obturateur;

Digitized by Google

4° enfin sous le nom de signe de Romberg on a décrit des phénomènes dus à la compression du nerf obturateur par la masse herniaire : fourmillements sur le territoire de ce nerf, paralysie ou contracture des adducteurs.

Au point de vue du traitement, M. Berger pose en principe d'opérer toute hernie obturatrice reconnue, car nous ne possédons aucun moyen de contention mécanique de ces hernies.

H. M.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 4 décembre 1891

Présidence de M. le Dr Labbé

Infection mixte par le streptocoque et le bacterium coli commune. — M. Sevestre : Un enfant de 9 ans, jusqu'alors d'une bonne santé, se réveille un matin avec une céphalalgie intense, des nausées, et une épistaxis abondante. Très rapidement il tombe dans une prostration marquée et est amené le lendemain à l'hôpital. La prostration persiste ; il reste immobile dans son lit, pousse des cris au moindre mouvement ; le regard est vague : on constate une hyperesthésie générale des téguments, la face est légèrement bouffie. Le soir la température est de 38° 4, le matin de 37° 2. Etat saburral de la langue, rougeur de la gorge, albuminurie marquée ; pas d'éruption cutanée.

Du troisième au quatrième jour, la fièvre tombe à 37° 7 ; l'état général semble meilleur ; néanmoins on aperçoit une nouvelle épistaxis, de l'herpès des lèvres, de la constipation, de la raideur de la nuque ; enfin l'albuminurie persiste. Le soir du quatrième jour, la température s'élève à 39° et le lendemain matin à 39° 5, même raideur de la nuque, constipation et vomissements.

Depuis la veille des arthrites multiples se sont développées, en même temps qu'une éruption pustuleuse sur les cuisses. Une ponction exploratrice antiseptique révèle l'existence de pus dans les genoux. Le sixième jour, on constate les mêmes symptômes et une température de 40° le matin. L'agitation, qui a duré toute la nuit, se manifeste encore à différents moments de la journée, mais sans que l'intelligence soit altérée. Le soir à 5 h. il commence à délirer et succombe une heure après.

Le diagnostic fut réservé pendant les premiers jours ; on souleva successivement l'hypothèse d'une méningite, d'une fièvre typhoïde, d'une grippe, d'une scarlatine. Il s'agissait en réalité d'un état infectieux, de nature indéterminée, que vint encore confirmer l'existence d'un petit panaris et l'éruption pustuleuse de la cuisse.

A l'autopsie, on constata l'existence d'une méningite purulente limitée au cervelet ; tous les autres organes étaient plus ou moins congestionnés. L'examen bactériologique fournit les résultat suivants : dans les vésicules d'herpès du début aussi bien que dans le pus du panaris, on trouva des streptocoques. Le pus, retiré du genou pendant la vie, ne contenait aucun microbe. Mais, après la mort, le pus retiré des deux genoux et ensemencé dans des tubes de gélatine et sur l'agar-agar, donna des cultures du bacterium coli commune. Le pus du cervelet, après culture, fournit les mêmes organismes. Les suppurations étaient donc dues à ce dernier microbe.

Comment le bactérium coli commune, sans action nocive dans les conditions normales, avait-il pu devenir pathogène ? On peut admettre, ainsi qu'il ressort des expériences de M. Bouchard, que cette transformation du bactérium coli commune en organisme pathogène s'est opérée sous l'influence des produits solubles fabriqués par le streptocoque, microbe très virulent. Si cette hypothèse était vérifiée, elle pourrait rendre compte de certaines septicémies spontanées dont le mécanisme nous échappe.

Hystérie toxique. — M. Rendu présente un homme de 52 ans, n'offrant pas d'antécédent névropathique héréditaire. A 48 ans, il commença à travailler le plomb ; deux ans après, il fut pris, à Alger, d'une attaque apoplectiforme suivie d'hémiplégie motrice, sans trouble de la sensibilité. Au bout de trois mois, il se trouva très amélioré et rentra en France. Pendant un an, il resta bien portant et put reprendre son métier. Le 9 novembre dernier, il fut pris de céphalalgie, d'une parésie dans la moitié droite du corps, d'hémianesthésie complète sensitive et sensitivo-sensorielle. Le sens musculaire était aboli de ce côté ; il n'existe pas de rétrécissement du champ visuel. Il est entré à l'hôpital pour un hémispasme facial complet du côté droit, accident qui montre bien la nature hystérique de ces accidents, survenus sous l'influence du plomb.

Examen bactériologique du liquide du pneumothorax. — M. Netter a examiné 16 liquides de pneumothorax ; 12 fois il s'agissait d'hydropneumothorax et 4 fois de pyo-pneumothorax. Trois fois seulement il a constaté la présence du bacille de Koch et les microbes ordinaires de la suppuration. Dans les cas où celle-ci est devenue putride, il conseille de faire l'empyème et de s'abstenir de toute intervention dans les épanchements séreux pour ne pas favoriser leur transformation purulente. Si l'épanchement est devenu trop abondant ou devient louche, on pratiquera des thoracentèses successives.

Dr H. Marciguey.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 décembre 1891

Présidence de M. le Dr Tarnier

M. le Président annonce à l'Académie la mort de MM. les Drs Féréol, secrétaire annuel, et Barthez.

La séance est levée en signe de deuil.

BULLETIN DE LA SEMAINE

Organisation de l'enseignement municipal de la médecine

On lit dans la *Gazette Hebdomadaire* (5 décembre 1891) :

« Pour mieux marquer sa résolution bien arrêtée de lutter contre l'organisation hiérarchique d'un enseignement municipal officiel, notre excellent collègue (M. Huchard) décline formellement toute candidature aux chaires nouvelles dont quelques-uns réclament encore la création. « J'en connais, » dit-il, qui tout en exprimant au Conseil municipal leur sin- » cère gratitude pour l'œuvre patriotique qu'il entreprend, » tiendront à honneur de ne vouloir rechercher ni accepter » aucune distinction à l'exclusion de collègues plus méritants. » Ces paroles ont d'autant plus d'autorité, elles seront d'autant plus remarquées qu'elles viennent de celui qui a provoqué le mouvement d'idées et les nombreuses discussions que, si souvent déjà, nous avons analysées et commentées.

» *On ne s'étonnera donc pas que nous y applaudissions, nous qui avons toujours soutenu l'inutilité d'un enseignement municipal organisé à l'exemple des Facultés libres et manifestement conseillée en vue de rivaliser avec l'enseignement de la Faculté.* »

Je tiens à remercier mon confrère et ami, M. Lereboullet, de ses paroles si bienveillantes ; je le remercie d'avoir bien voulu lire entre les lignes, et comprendre

Digitized by Google

que « je décline toute candidature aux chaires nouvelles ». Il est évident que, pour tous nos collègues des hôpitaux, c'est là le parti le plus sage à prendre dans l'intérêt même de l'enseignement municipal de la médecine.

Mais M. Lereboullet ne m'a pas compris lorsqu'il semble me placer parmi les partisans d'un enseignement municipal institué pour le seul profit de la Faculté. Je suis et j'ai toujours été d'un avis contraire, je pense qu'il faut songer plus aux intérêts des élèves qu'à ceux d'une Faculté, j'ai toujours dit que « les deux conditions indispensables du succès de tout enseignement, sont l'*émulation* et la *concurrence*. » L'entente avec la Faculté n'est pas possible pour beaucoup de raisons, et surtout parce que le Conseil municipal — je le répète — n'a ni le droit ni le pouvoir de disposer, au profit de l'Etat, de ressources budgétaires appartenant à la Ville de Paris.

D'un autre côté le Conseil municipal, dont les intentions libérales sont bien connues, ne peut pas être avec ceux qui, pratiquant la maxime, *la force prime le droit*, obligent (1) les élèves à suivre leurs cours, quand ceux-ci ont le droit d'aller où bon leur semble; avec ceux qui, après avoir institué à leur profit la mesure vexatoire et autoritaire du fameux stage obstétrical, rêvent d'imposer à tous les étudiants pour les autres branches de la médecine, l'obligation de recevoir l'instruction médicale chez les professeurs et les agrégés de la Faculté, à l'exclusion des médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux. Il ne sera pas avec ceux qui veulent s'attribuer le monopole de l'enseignement, créer une science *officielle* et qui rêvent une réforme à rebours, dans le but, encore inavoué, de porter les derniers coups à l'enseignement libre.

Il sera sûrement avec les partisans de la liberté de l'enseignement supérieur, de la séparation du corps enseignant et du corps examinant, de la rétribution des cours par les élèves; avec ceux dont l'esprit n'est pas sans cesse hanté par le spectre de la concurrence, avec ceux qui ne voient pas dans la nouvelle organisation de l'instruction médicale un moyen de mettre un plumet à leur chapeau, et qui ne poursuivent pas comme je l'ai dit « l'amour du panache ou la manie de la toque professorale. »

J'ai dit, en commençant cette campagne — qui n'est pas finie, hélas! — que la lutte serait ardue et pleine de dangers. Elle est ardue parce que les professeurs en titre tiennent à leurs prérogatives, parce que les *jeunes*, les agrégés ou futurs agrégés, sont les ennemis-nés de toute réforme pouvant amoindrir leur situation officielle; elle est pleine de dangers pour ceux qui ont le courage de poursuivre cette campagne, parce qu'elle peut leur aliéner de vieilles amitiés et compromettre leur avenir honorifique... N'importe! Il s'agit d'une de ces questions vitales et patriotiques avec lesquelles la conscience ne peut transiger; il faudra combattre encore et toujours, pour déjouer les manœuvres, et faire triompher la juste cause de l'enseignement médical LIBRE.

HENRI HUCHARD

(1) Un jeune professeur qui fait volontiers de la coercition universitaire un élément indispensable de succès, proclame que, depuis l'institution anti-libérale du stage obstétrical, les élèves viennent à ses cliniques avec « bonne humeur ». Cela prouve simplement que les étudiants sont des jeunes gens d'esprit, qu'ils savent faire contre mauvaise fortune bon cœur, et qu'ils n'ignorent point ce qui leur en coûterait à leurs examens, s'ils n'assistaient pas à ces cours obligatoires, quoique gratuits. Les « Universitaires » s'opposeront toujours — et pour cause — à la réforme juste et libérale de la séparation du corps enseignant et du corps examinant. H. H.

INFORMATIONS

FRANCE

Un dispensaire scolaire modèle. — Avec un zèle qu'on ne saurait trop louer, la municipalité et la caisse des écoles du XVIIe arrondissement de Paris poursuivent l'établissement de dispensaires scolaires gratuits. Avant-hier, elle ouvrait rue Rennequin, sous la présidence de M. Bompard, conseiller municipal, un dispensaire ,qu'on nous avait convié à visiter il y a quelques jours.

L'organisation de cet établissement a été dirigée par notre très estimé et cher confrère, M. le Dr Scailles, suivant les données scientifiques modernes. Elle est donc fort heureuse.

Salles d'attente et cabinets de consultation isolés et facilement désinfectables, installation balnéothérapique et hydrothérapique, chambre pour les médicaments, tout est conçu avec une sagesse et une économie fort judicieuses. Des services assurés par de jeunes confrères, véritables volontaires de l'humanité et de la science, assureront, non seulement le traitement des maladies générales, mais encore celui des affections de la peau, du nez, des oreilles, du larynx, des yeux, des dents, etc., etc.

Signalons des dispositions bien conçues, permettant, par un moyen judicieux, d'isoler les contagieux des non-contagieux dès la porte d'entrée et d'éviter ces contaminations toujours redoutées dans les salles d'attente des consultations publiques.

Il serait temps que, mieux inspirée et moins routinière, l'administration de l'Assistance publique imita de tels exemples, en installant aussi des dispensaires, qui seraient loin de faire double emploi avec les consultations des bureaux de bienfaisance.

La loi sur la santé publique au Parlement. — Le projet que le Ministre de l'intérieur a déposé le 5 décembre sur le bureau de la Chambre des députés est l'œuvre du conseil supérieur d'Assistance publique et d'hygiène. En voici l'analyse :

Lorsque l'état sanitaire d'une commune nécessite des travaux d'assainissement, la commune sera mise en demeure de les faire exécuter. Si elle s'y refuse, les travaux peuvent être exécutés à ses frais, en vertu d'un décret rendu en conseil d'Etat.

Lorsqu'un immeuble est reconnu dangereux pour la santé des occupants ou des voisins, le propriétaire est mis en demeure de faire des travaux nécessaires, et, s'il s'y refuse, ces travaux sont exécutés d'office à ses frais par l'autorité municipale.

Lorsque les habitants d'une commune n'ont pas d'eau potable en quantité suffisante, la commune devra leur en fournir.

Lorsqu'une épidémie quelconque se développera sur un point quelconque du territoire et que les moyens de défense locale seront reconnus insuffisants, la loi de 1822 pourra être appliquée.

Digitized by Google

La vaccination au cours de la première année et la vaccination au cours de la dixième et de la vingt et unième année, sont rendues obligatoires.

Est également rendue obligatoire la déclaration à l'autorité de tout cas de maladie épidémique. La liste de ces maladies sera dressée par le ministère de l'intérieur, sur l'avis de l'Académie de médecine et du comité consultatif d'hygiène.

Quand ces questions seront à l'ordre du jour — lointain sans doute — du Parlement, nous y reviendrons.

La loi sur l'exercice de la médecine au Sénat. — Jusqu'ici, on le reconnaîtra, nous avons été fort discrets sur les bruits de couloir, relatifs à cette loi. Le rapport définitif sera terminé, paraît-il, à la fin de l'année. A quelle époque viendra-t-il en discussion publique ? On ne saurait le dire exactement et on nous fait remarquer qu'il faut se tenir sur une sage défiance, à propos des dates annoncées par certains reporters « mieux informés, dit-on, que le Sénat lui-même ». Ce dernier doit s'occuper de nombreux projets plus urgents paraît-il ; puis il aura des vacances à prendre, etc., etc.

Nous attendrons donc pour apprécier cette loi, au double point de vue de la santé publique et des intérêts professionnels, le dépôt du rapport. Il sera temps alors d'estimer dans quelle mesure on a tenu compte de réformes depuis longtemps nécessaires et peut-être encore ajournées pour un temps non moins long. Alors seulement nous pourrons peut-être nous associer aux enthousiastes remerciements qu'on nous convie, trop prématurément, à formuler.

ÉTRANGER

SUISSE. **L'exercice de la médecine par des praticiens étrangers.** — On lit dans le procès-verbal de la séance du 15 octobre 1891, de la Société médicale de la Suisse romande, le fait suivant :

« M. DE CÉRENVILLE rappelle à la Société un fait qui s'est » passé dernièrement dans le canton des Grisons. Un médecin » étranger a obtenu des autorités fédérales un diplôme » de médecin fédéral, cela sur sa demande, sans avoir passé » l'examen prescrit et malgré le préavis unanimement » défavorable de la commission d'examens. L'orateur dépose » sur le bureau la proposition suivante : « La Société médicale « de la Suisse romande, apprenant les faits qui se sont passés » dernièrement au sujet de la délivrance d'un diplôme fédéral » à un médecin étranger, contrairement au préavis du Comité » directeur, en témoigne ses regrets. »

Le 31 octobre, d'après l'organe officiel de cette même Société, une semblable résolution a été adoptée par le *Centralverein*.

Nous espérons que les Sénateurs français, désireux d'autoriser l'exercice de la médecine en France par les étrangers, seront enfin édifiés par ce nouvel exemple de réciprocité internationale.

ALLEMAGNE. — **Congrès allemand de médecine interne en 1892.** — La onzième session se tiendra à Leipzig du 20 au 30 avril, sous la présidence de M. Curschmann (de Leipzig).

JAPON. — **Statistique médicale.** — D'après le recensement de l'année 1889, on y comptait 41405 praticiens, 32111 sages-femmes et 573 établissements hospitaliers.

PORTUGAL. — **L'organisation des études médicales à l'Université de Coïmbre.** — A signaler, en ce temps de promesses réformatrices. Là, du moins on évite, comme ailleurs, de faire perdre aux étudiants la première année de scolarité à l'étude fastidieuse des sciences dites annexes.

En première année, anatomie normale, histologie et pathologie générale.

En seconde année, anatomie des régions, médecine opératoire, physiologie appliquée, hygiène privée.

En troisième année, matière médicale et pharmacologie, pathologie chirurgicale, pathologie générale et histoire de la médecine.

En quatrième année, pathologie interne, clinique obstétricale et chirurgicale.

En cinquième année, clinique médicale, médecine légale, hygiène publique.

Les cours préliminaires de trois années de durée sont suivis devant la Faculté des sciences et la Faculté de philosophie et consacrés : aux mathématiques, à la chimie, à la physique, à la botanique et à la zoologie.

NOUVELLES SANITAIRES

L'épidémie d'influenza de 1891. — Elle semble différer de celle de 1889 par la moindre rapidité de son extension. En France où elle est générale, elle sévit plus gravement dans le sud-ouest ; à Paris, on constate surtout les formes pulmonaires.

En Allemagne, elle a Berlin pour principal foyer, et on constate la gravité des complications secondaires. En Autriche elle est bénigne. En Portugal, à Lisbonne, c'est la forme gastro-intestinale qui domine, tandis qu'à Thomar et à Evora, ce sont les formes pectorales graves.

En Angleterre, elle a deux foyers principaux : la région orientale de l'Ecosse et les provinces de l'ouest en Irlande.

On ne saurait donc formuler aucune conclusion de cette distribution géographique de la maladie.

NOUVELLES MILITAIRES

Le paquet de pansement du soldat. — Une instruction ministérielle paraîtra prochainement et fixera la composition, le mode d'emploi et le chiffre des approvisionnements du nouveau paquet à pansement dans les magasins de mobilisation de corps d'armée.

Les avantages de ce nouveau paquet à pansement sont réels. Il est moins volumineux que celui de l'armée autrichienne et moins altérable que celui de l'armée allemande. Inutile d'insister. Cette décision humanitaire, depuis longtemps attendue, fait honneur à la cinquième direction et au ministre de la guerre, toujours si soucieux des intérêts sanitaires de l'armée.

Les infirmiers militaires et les corps combattants. — La mort de l'infirmier Dandelot et le typhus contracté par ses deux camarades envoyés, avec lui, sur leur demande, par l'administration de la guerre, à l'île Tudy, suffiront-elles pour vaincre l'opposition de ceux qui refusent au personnel du corps de santé l'assimilation avec les corps, dits combattants ? On se le demande : ailleurs que dans cet heureux pays de France où la bureaucratie et la routine sont toujours florissantes, on ne se le demanderait plus. Des incidents aussi douloureux qu'honorables pour le corps de santé militaire devraient cependant suffire pour faire disparaître les préjugés d'un autre âge. A défaut de l'assimilation hiérarchique qui fait défaut, voici l'assimilation devant le danger que personne ne conteste plus. Pourquoi, par un chauvinisme suranné ; perpétuer une iniquité ? Mystère, bureaucratie et routine !

VARIÉTÉS

La mortalité tuberculeuse dans les prisons. — Bien que les recherches de Cornet s'appliquent aux prisons allemandes, elles offrent un intérêt plus général.

Il a trouvé que 45,82 décès chez l'homme et 49,35 chez la femme sont causés par la tuberculose. A l'âge de vingt ans, il

Digitized by Google

n'existe point de différence entre la mortalité moyenne des tuberculeux en prison et la mortalité des phtisiques dans la population civile. Par contre entre 20 et 40, la mortalité des premiers est cinq fois plus considérable que celle des seconds.

Les causes de cette mortalité sont : 1° Le confinement, le défaut d'aération et l'absence de variété dans l'alimentation ; 2° la contagion et l'absence de soins de désinfection des cellules contaminées par les prisonniers tuberculeux avant leur incarcération.

L'oroxylum indicum. — C'est paraît-il un médicament populaire du rhumatisme que M. Evers recommande, qui est usité aux Indes et qui appartient à la famille des Bignonacées.

On le prescrit en poudre contre le rhumatisme articulaire aigu et à la dose de trente à quatre-vingt centigrammes de racine séchée et pulvérisée. Il provoque la sueur et a droit dans la catégorie des agents anti-rhumatismaux, parce qu'ils sont diaphorétiques.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs Barthez, membre de l'Académie de médecine, Bouchut, médecin honoraire des hôpitaux et ancien agrégé de la Faculté de Paris, Condou (de Nay). Gautier (de Saint-Junien), Ferreol (médecin honoraire des hôpitaux de Paris), Ausset (de Cahors), Flour (de Boulogne-sur-Mer), de Chapelle (de Bègles), Girard (de Pré-en-Pail), Lefebvre (de Paris), Lafosse (du Havre), Riou (de Challans), Pichansel (de Podensac), Goutran (du Teil), Alphandéry (d'Alais) et Granjean (de Void).

En Allemagne : M. le Dr K. Leman, professeur de médecine légale à l'Université de Berlin.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

THÉRAPEUTIQUE

Powers. — Le dermatol comme succédané de l'iodoforme ; ses applications chirurgicales (*The New-York Med. Record*, 17 octobre 1891).

Rebowski. — Le galacto-phénone, succédané du pyrogallol (*Thérap. Monat.*, septembre 1891, p. 487, heft).

Strizover. — Le traitement de la pleurésie par le salicylate de soude (*Meditz Obozrenie* 1891, n° 15, p. 218).

Zerner. — Influence de la digitale sur la respiration (*Wiener Klin. Wochens*, 1891. n° 38).

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET OBSTÉTRICALE

Cain. — Traitement de l'endométrite (*Méd. News*, 11 juillet 1891).

Candela. — Contribution à la technique de la ligature utérine (*Revista clinica de los ospitales*, octobre 1891).

Capoulado. — Fièvre puerpérale à forme purulente (*Gaz. Hebd des Sciences médic. de Montpellier*, 9 novembre 1891).

Ferraresi. — Du bassin ample (*Riforma medica*, 8 octobre 1891.

Liedenburg. — De la lecémie dans la grossesse (*Arch. f. gynæk.*, 1891, t. XI.).

Lindsloe-Porteus. — Traitement de la septicimie puerpérale par le curettage (*The New-York Med. Journal*, 31 octobre 1891).

Reed. — Traitement médical du cancer utérin (*Journal of the Amer. Med. Assoc.*, 11 juillet 1891).

Schleck. — Trois laparotomies avec anesthésie par l'éther et la cocaine (*Berl. Klin. Woch.*, 1891, n° 35, p. 862).

Smits (G.). — Traitement de l'éclampsie par le calomel à hautes doses (*Der. Frauenartz*, 1er septembre 1890).

Strastmann. — Des néoplasmes du vagin (*Cent. f. gynæk.*, 1891, n° 41, p. 825).

Swiecicki (Von). — Opération césarienne pour l'éclampsie gravidique (*Der. Frauenarzt*, septembre 1891).

Van Flert. — Rétinite albuminurique et grossesse (*The New-York Méd Journal*, 26 septembre 1891).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Courcenet. — Coup de corne de gazelle, mort (*Arch. de méd. milit.*, nov. 1891, p. 412).

Dubar. — Amputation interscapulo-thoracique pour un ostéosarcome de l'humérus et de l'omoplate gauches (*Bull. méd. du Nord*, 25 sept. 1891).

Eyssautier. — Des abcès dentaires (*Dauphiné méd.*, octobre 1891).

Farquhar Curtis. — Laparotomie pour intussusception aiguë (*The med. Record*, 31 oct. 1891).

Jaboulay. — Deux cas d'ablation de l'omoplate (*Lyon méd.*, 8 nov 1891).

Keyes. — Traitement opératoire de l'hypertrophie de la prostate (*The med. Record*, 31 oct. 1891).

Lagrange. — Sarcome du nerf optique : extirpation du nerf (*Journal de méd. de Bordeaux*, 8 nov. 1891).

Loison. — Nouveau procédé d'amputation ostéo-plastique du pied (*Arch. de méd. milit.*, nov. 1891, p. 394)

Schmit. — Luxation du pouce en arrière, tétanos, mort. (*Arch. de méd. milit.*, nov. 1891, p. 403).

CLINIQUE MÉDICALE

Adami. — Travaux récents sur l'immunité (*The med. Cron*, nov. 1891, p. 95).

Allen (Van). — De la lèpre (*The N.-York med. Record*, 7 nov. 1891).

Azedo. — Du cœur gastro-hépatique (*Gazeta medica de Bahia*, sept. 1891).

Bernard. — Trachéotomie et gavage (*Bull. méd. du Nord*, 25 sept. 1891).

Britto. — Endo-épidémie d'abasie choréiforme à Bahia (*Gazeta medica de Bahia*, sept. 1891).

Collins et Wilds. — La pathologie de l'ophthalmoplégie (*The American Journal of the med. Sciences*, nov, 1891, p. 512).

Fiessinger. — Sur l'hyperthermie au début de la phtisie aiguë (*Gaz. méd. de Paris*, 14 nov. 1891).

Hoffmann. — L'acide chlorhydrique et la digestion gastrique (*Centralb. f. Klin. Med.*, oct. 1891).

Oliver (P.). — Un cas d'aortite perforante par bacille de l'anthrax (*The Lancet*, 7 nov. 1891).

Robbert. — Des corps intracellulaires de l'épithélium du cancer (*Deut. med. Woch.*, 13 oct. 1891).

Seglas — Les troubles de l'écriture chez les aliénés (*Tribune médicale*, 5 nov. 1891).

Sokolowski et Duschowki. — Contribution à la pathologie des processus tonsillaires et inflammatoires (*Arch. de laryngologie*, nov. et déc. 1891).

Solton Fenwick. — De l'état du cœur dans la phtisie pulmonaire (*The Practictioner*, nov. 1891, p. 339).

Vaillard et Vincent. — Sur une pseudo-pelade d'origine microbienne (*Arch. de méd. milit.*, nov. 1891, p. 369).

Le rédacteur en chef, co-gérant : C. Eloy.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLANDER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE N° 51 16 DÉCEMBRE 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, BÉCLÈRE, BROCQ, DEMELIN, DU CASTEL, GINGEOT, Charles MAURIAC, PICQUÉ Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

AVIS. — L'Administration de la *Revue Générale de Clinique et de Thérapeutique* prie instamment ses souscripteurs de lui faire parvenir, en un mandat-poste, le montant de leur renouvellement pour l'année 1892 et d'y joindre l'une des dernières bandes du journal. *Ils éviteront ainsi les frais de recouvrement se montant à 75 centimes par quittance.*

AVIS. — Nos abonnés nouveaux pour l'année 1892 reçoivent gratuitement le journal jusqu'au 1er janvier prochain.

Prime à nos Abonnés, *anciens et nouveaux* : voir page 812.

ENSEIGNEMENT CLINIQUE DES HOPITAUX

MALADIES DES VOIES URINAIRES

Hôpital Necker. — M. le Dr GUYON. — I *Diagnostic des rétentions rénales.* — M. le Dr HORTELOUP. — II. *Traitement des abcès urineux.*

I. — **Diagnostic des rétentions rénales.** — M. le Dr GUYON a déjà montré (1) que les rétentions rénales présentaient deux grandes variétés : variété aseptique et variété septique, de beaucoup la plus fréquente.

La première variété c'est l'*hydronéphrose* qui serait plus justement appelée *uronéphrose* puisque le rein contient un liquide composé, en éléments sinon en quantités, comme l'urine. La seconde c'est la *pyonéphrose* dans laquelle le rein ne contient que du pus. Mais à côté de ces deux grandes variétés il en est une troisième dans laquelle le rein semble contenir moitié urine moitié pus, variété hybride que M. Guyon appelle *uropyonéphrose.*

Il semble qu'ordinairement ce soit une transformation de l'hydronéphrose, mais en réalité l'étiologie est obscure et dans l'exemple qu'il rapporte, l'affection se rattacherait plutôt à la pyonéphrose : c'est le cas d'un malade de 25 ans sans autres antécédents que la gourme dans l'enfance. Depuis 6 ans il souffre de crises périodiques, survenant sans cause apparente, débutant par un malaise qui dure une journée, suivi de douleurs sourdes dans la région lombaire. Puis la crise revêt un caractère aigu qui s'atténue bientôt et qui disparait au bout de 5 ou 6 jours. Les urines sont troubles pendant la crise. Le rein gauche est gros. Il n'y a pas de fluctuation, mais de la rémittence. La tumeur s'étend de la ligne médiane à la ligne transverse et affleure le flanc. Comme les douleurs rénales et le trouble des urines ont coincidé, ce fait indique qu'il n'y avait pas d'état rénal antérieur.

Ces *crises de côté* sont souvent des crises de rétention rénale, et cependant on y songe rarement. On pense aux coliques néphrétiques, au foie à droite, à la dilatation d'estomac à gauche; or c'est bien plus souvent à une rétention rénale qu'il faut songer, et l'évolution de la maladie (crises priodiques) permet de faire le diagnostic bien mieux que l'examen de l'état local. On porte trop facilement le diagnostic de coliques néphrétiques quand on se trouve en présence d'un malade qui a des douleurs rénales ; or, ce diagnostic doit être discuté avec ceux de rétention rénale, névralgie rénale et arrêt de caillots dans l'uretère. La névralgie rénale est rare; elle existe cependant. Quant à l'arrêt de caillots dans l'uretère on le diagnostiquera facilement s'il y a eu traumatisme mais non s'il y a carcinome ou si une hydatide se promène dans cet uretère.

La colique néphrétique est certainement la plus fréquente de ces affections. Mais la retention rénale est fréquente aussi et il faut y songer quand il y a augmentation de volume du rein.

La fonction rénale est fort modifiée quand le rein est ainsi en état de tension, Ce qui le montre c'est que l'on trouve toujours beaucoup plus d'urée dans l'urine de la vessie que dans les liquides contenus dans le rein : la glande fonctionne au minimum avec un uretère obstrué. L'ablation d'un pareil organe n'aurait donc pas d'inconvénient. M. Guyon espère cependant guérir le malade sans faire la nephrectomie, en ouvrant simplement le rein et en le drainant; il recommande de suivre cette conduite, surtout quand on redoute des complications opératoires : par exemple dans les cas où le rein remonte très haut dans l'hypochondre.

II. — **Traitement des abcès urineux.** — M. le Dr HORTELOUP pense, et il insiste sur ce point, que lorsqu'on se trouve en présence d'un abcès urineux, il y a avantage d'en faire la cure radicale par l'ablation complète du foyer purulent.

Le nom d'abcès urineux ne s'applique qu'aux abcès qui se développent entre l'aponévrose moyenne et l'origine des bourses autour de l'urèthre. C'est presque toujours derrière un rétrécissement, dans l'urèthre toujours altéré, que se produit une déchirure à travers laquelle pénètre l'urine, lentement et d'une façon intermittente. On reconnait deux variétés d'abcès urineux, aigus et chroniques. L'incision large de ces abcès, suivie de drainage (c'est le traitement classique) ne parait pas suffisante à M. Horteloup : il préfère tenter l'enlèvement complet de la poche purulente, d'après le manuel opératoire suivant :

Le malade étant dans la position de la taille, après avoir fait relever les bourses par un aide qui tient un cathéter droit introduit jusqu'au rétrécissement, il fait partir de la portion supérieure du foyer deux incisions, convexes extérieurement, qui se réunissent à un centimètre de l'anus, et dirigées vers les parties profondes de la région, de dehors et dedans. L'index introduit dans le foyer, il reconnaît les points indurés, qu'il enlève ; et

(1). Voir *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, n° 41, p. 642.

Digitized by Google

sépare l'urèthre des indurations périphériques. On aperçoit alors le canal de l'urèthre au fond de la plaie.

Toute la poche purulente disséquée et enlevée dans un premier temps, il intervient à ciel ouvert contre le rétrécissement, et, suivant les lésions observées, pratique l'uréthrotomie interne ou externe, ou bien la résection totale ou partielle de l'urèthre. Il place une sonde à demeure, suture les quatre cinquièmes supérieurs de la plaie, laissant à la partie inférieure un canal qui permet l'écoulement de l'urine.

Le pansement doit être compressif. Toutes les deux heures on vide la vessie dans laquelle on fait un lavage à l'eau boriquée. Le quatrième jour après l'opération, la sonde est retirée et l'on fait de grands lavages de l'urèthre par le méat. Le sixième jour on commence l'introduction des sondes Béniqué.

Ce procédé est infiniment préférable au procédé classique. L'incision avec drainage laisse en effet l'opéré dans des conditions telles qu'il se formera toujours des lésions péri-uréthrales, qui seront le point de départ de lésions extérieures du canal de l'urèthre, causes de rétrécissements périphériques. Les résultats obtenus par le Dr Horteloup sont, du reste, des plus satisfaisants.

P. Chevillot.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. *Emploi des sels de strontiane en thérapeutique.* — II. *L'action cardiaque du cactus grandiflorus.* — III. *Traitement de la pneumonie par l'acétate neutre de plomb.* — IV. *Emploi de la kola comme tonique.*

I. **Emploi des sels de strontiane.** — A la dernière séance de la Société de thérapeutique, M. Bardet a démontré par ses expériences que les sels de baryte n'étaient pas aussi toxiques qu'on l'a cru, puisqu'à la dose de 0,30 à 0,40 cent. ils ne produisent pas ou peu d'accidents chez l'homme. — D'un autre côté, comme il est possible d'obtenir maintenant des préparations de strontiane exemptes de baryte, on peut en conseiller l'emploi. Les sels divers de strontiane (bromure, iodure, chlorure, carbonate, phosphate, lactate et azotate de strontium) sont très solubles dans l'eau. Le dernier de ces sels est moins soluble, puisqu'il se dissout dans 5 parties d'eau froide et que l'iodure de strontium se dissout dans 0,56 d'eau à 20°. Le phosphate est insoluble.

D'une façon générale, les sels de strontium peuvent être utilisés avec avantage dans le traitement de l'épilepsie, des dyspepsies, de l'albuminurie, du rhumatisme chronique et, d'après moi, à titre d'antiseptique intestinal.

Le bromure de strontium, mieux toléré que celui de potassium, a été employé avec succès par Féré chez les *épileptiques*, à la dose de 2 et 4 grammes par jour. Même action favorable dans les *dyspepsies*, surtout dans les dyspepsies hyperchlorhydriques avec ou sans dilatation d'estomac ; on remarque, sous l'influence de cette médication, la diminution des gaz, ce qui s'explique par ses effets antiseptiques exercés sur l'intestin. Il a été, du reste, prouvé dans la thèse d'Ismaïl Hassan faite, en 1885, sous l'inspiration de Vulpian (le premier travail paru sur cette question), que sur 14 à 20 grammes d'azotate de strontiane administrés à un malade, on n'en retrouvait que 1 gramme 50 dans les urines et que le reste du médicament passe par l'intestin. C'est la raison pour laquelle je propose l'emploi des sels de strontiane pour l'antipepsie intestinale.

Dans l'*albuminurie*, les sels de strontiane produisent de bons résultats, mais seulement dans celle qui est symptomatique de néphrite parenchymateuse, rhumatismale, scrofuleuse et goutteuse. Ils sont sans action dans la néphrite interstitielle, dans les lésions rénales de la tuberculose et de la syphilis, et aussi lorsque l'affection rénale est arrivée à la période d'urémie. Quelques jours après leur administration, l'albuminurie diminue dans d'assez grandes proportions sans cependant disparaître complètement, mais elle reparaît dès qu'on en cesse l'emploi.

Dans le *rhumatisme chronique*, Vulpian et Ismaïl Hassan (1) ont prescrit l'azotate de strontiane aux doses journalières de 14 à 20 grammes. Ce dernier auteur cite deux observations où ce médicament a produit d'excellents effets (diminution des douleurs, des gonflements articulaires et péri-articulaires, etc.) contre une maladie rebelle aux médications par le salicylate, le benzoate de soude, l'iodure de potassium, les bains arsenicaux, les sels de lithine, deux cures à Dax. Ils avaient déjà remarqué, sous l'influence de la strontiane, la disparition des sédiments uratiques, l'augmentation de l'urée, le bon état des voies digestives, et regardaient ce médicament comme un excitant de la combustion organique et de la nutrition. Comme pour l'albuminurie, dès qu'on cessait le médicament, les douleurs et les gonflements articulaires reparaissaient.

Enfin, en m'appuyant sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques des sels de strontiane, je propose de les employer dans l'*antisepsie intestinale*. Il ne faut pas craindre d'employer des doses fortes puisque Laborde a démontré leur complète innocuité.

Voici les formules que l'on peut employer :

1° Lactate de strontiane ..... 100 grammes.
Eau distillée ..... 500 —
Une cuillerée à bouche (contenant 3 grammes de lactate) matin et soir.

2° Lactate de strontiane ..... 75 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères. 500 —
Une cuillerée à soupe (20 grammes de sirop renfermant 3 grammes de lactate) cinq à six fois par jour.

3° Bromure de strontium ..... 20 grammes.
Eau distillée ..... 300 —
Une cuillerée à bouche (renfermant un gramme) trois ou quatre fois par jour.

4° Iodure de strontium ..... 20 grammes.
Eau distillée ..... 300 —
Une cuillerée à bouche, deux à quatre fois par jour.

Enfin, le nitrate de strontiane, soluble également, peut être porté sans inconvénient à la dose de 15 à 20 grammes par jour.

II. **L'action cardiaque du cactus grandiflorus.** — MM. Boinet et Boy-Tessier (de Marseille) ont expérimenté à nouveau ce médicament dont ont parlé depuis plusieurs

(1) Ismail Hassan. Du traitement du rhumatisme articulaire chronique par l'azotate de strontiane (*Thèse de Paris*, 1885).

Digitized by Google

années, et qui ne me paraît pas doué d'une action cardiaque bien manifeste, si j'en juge par mes insuccès personnels à la suite de son emploi, il y a déjà trois ans environ. Cependant, le travail de ces auteurs présente un intérêt réel, puisqu'il fixe davantage la posologie de ce médicament. Il démontre, en effet, que la dose de 40 gouttes de teinture alcoolique est sans effet (je suis arrivé à 80 et même 100 gouttes sans produire de résultat appréciable sur le cœur et la secrétion urinaire). Pour ces auteurs, à la période de non compensation latente des cardiaques, les doses de 80 à 100 gouttes par jour ont augmenté l'énergie du cœur défaillant chez les cardiaques secondaires avec arythmie d'origine nerveuse. Les doses de 80 à 120 gouttes ont déterminé l'ampleur du pouls et sa régularisation. Enfin, ces fortes doses prolongées n'ont amené aucun effet accumulatif.

Tout ceci est fort bien. Mais pourquoi chercher toujours de nouveaux médicaments cardiaques, quand nous avons dans la digitale le meilleur, le plus actif et le plus merveilleux des médicaments ?

III. — **Traitement de la pneumonie par l'acétate neutre de plomb.** — Après les médicaments nouveaux, les médicaments anciens. L'acétate neutre de plomb est de ces derniers, puisque Strohl (de Strasbourg) en a vanté les bons effets dans la pneumonie, après Schutzenberger, dès 1859. M. O. Marquez (d'Hyères) revient avec raison sur cette médication trop tôt abandonnée. Il prescrit le médicament à la dose moyenne de 0,20 à 0,30 centigr. en solution dans l'eau distillée à laquelle il ajoute parfois quelques gouttes de laudanum. Voici, d'après cet observateur distingué, les effets produits par ce médicament :

« Il contre-stimule sans asthénier ; il enraye la maladie, fièvre et lésion. Ainsi faisant, il facilite, souvent il hâte la décongestion du poumon et la résolution des produits accumulés par l'inflammation, et ménage les forces du malade auquel il n'inflige ni vomissements, ni diarrhée, ni sueurs énervantes ; il modère les sécrétions morbides et ramène, sans secousse, à plus de régularité les fonctions déviées de la normale par la marche de la maladie ; en fin de compte, *il abrège le processus pneumonique et avance la convalescence.*

IV. — **Emploi de la kola comme tonique.** — La kola, qui renferme beaucoup de caféine, ne « défatigue pas seulement les jambes », comme le disait Fonssagrives dès 1870 à propos de ce dernier agent ; elle *défatigue encore le cerveau,* comme je l'ai établi à cette même place (1). D'où l'indication de la prescrire dans tous les états adyuamiques, dans le surmenage, dans l'affaiblissement cardiaque, dans l'asthénie grippale, dans les convalescences, dans tous les cas où l'on veut relever les forces, et aussi pendant la médication lactée absolue qui détermine souvent chez les malades un certain état d'affaiblissement. Voici les formules suivantes que j'emploie :

Teinture de kola.....
— coca..... } àà 30 gr.

Prendre 30 gouttes le matin, à 8 heures et à midi, dans de l'eau sucrée ou dans un peu de curaçao, qui en fait une préparation très agréable. Ne jamais donner le soir la kola qui pourrait déterminer de l'insomnie, comme je l'ai observé sur moi-même.

Si l'on veut agir plus énergiquement, on peut employer les extraits fluides, quoique ceux-ci ne soient point admis par le codex.

Extrait fluide de kola.....
— coca..... } àà 30 gr

Prendre XXX gouttes, deux ou trois fois par jour.

HENRI HUCHARD

(1) Voir : *Revue de clinique et de thérapeutique,* 1890-1891.

REVUE DE MÉDECINE

MALADIES DES ENFANTS

I. Hypertrophie et dilatation du cœur dans l'adolescence ou la puberté. — II. Rôle de l'infection dans la chorée.

I. Hypertrophie et dilatation du cœur dans l'adolescence ou la puberté. — Comme toutes les affections qui ne mènent pas habituellement le sujet à la table d'autopsie, l'hypertrophie cardiaque de croissance a longtemps laissé subsister des doutes sur sa nature d'hypertrophie pure ou de dilatation. Cette obscurité s'explique si l'on fait remarquer qu'il existe à un moment donné à la fois de la dilatation et de l'hypertrophie comme l'exposait encore tout récemment M. R. BLACHE. (*Revue mens. des mal. de l'enfance,* déc. 1891).

C'est au seuil de l'adolescence, de 15 à 20 ans, parfois dès 9 ans, qu'apparaît cet état spécial du cœur, alors que la croissance bat son plein.

Par suite de l'accentuation de certains phénomènes, l'affection revêt certaines *formes,* qu'on peut désigner sous les noms de *tachycardique, dyspnéique, céphalalgique,* selon que la tachycardie, la dyspnée à la suite d'effort, la céphalée diffuse au frontale, sont au premier plan dans le tableau symptomatique. L'importance de chacun de ces symptômes peut être telle qu'elle fait dévier le diagnostic.

Ces formes n'ont de valeur qu'au point de vue subjectif ; objectivement l'hypertrophie de croissance se caractérise par les signes physiques qui permettent de la distinguer nettement.

A l'inspection on ne voit ni voussure, ni soulèvement de la région cardiaque ; la pointe bat au-dessous du cinquième espace intercostal, dans le sixième et parfois même le septième.

La palpation fait constater un peu d'impulsion mais pas de frémissement.

Par la percussion on trouve une augmentation de la matité cardiaque qui porte principalement à gauche et dans le sens vertical.

Dans un certain nombre de cas on entend par l'auscultation un souffle tantôt doux, tantôt rugueux, exactement systolique, à la pointe ou un peu au-dessus, sans propagation dans les vaisseaux.

Il peut y avoir quelques intermittences simples et passagères dans le rhythme cardiaque, qui se traduisent par des phénomènes de même ordre dans le pouls, mais le tracé sphygmographique est régulier.

Avant d'admettre le diagnostic d'hypertrophie simple de croissance il faut éliminer tout ce qui touche de près

Digitized by Google

ou de loin au rhumatisme et l'influence des maladies locales ou générales sur le cœur, les palpitations purement nerveuses, la péricardite et l'insuffisance mitrale par endocardite.

Quelles sont les indications à remplir pour traiter un tel état? Qu'il s'agisse d'un cœur à croissance hâtive dans un thorax resté en retard ou d'un cœur en retard pour sa croissance sur le reste du corps, la situation de l'organe est semblable. C'est toujours la lutte inégale de la systole contre un obstacle au-dessus des forces cardiaques. Une indication en ressort tout naturellement pour soutenir le cœur, mais une autre indication en découle, procédé indirect pour diminuer la résistance périphérique.

Comme tonique cardiaque, M. R. Blache donne la digitale associée au fer, ou bien la caféine, ou la teinture de muguet.

Comme Richard Pfaff l'avait entrevu en 1860, M. H. Huchard fait des réserves (1) sur l'emploi de la digitale dans l'*hypertrophie cardiaque* qu'il appelle *de la puberté* et non de croissance. Il l'admet seulement à dose modérée, sédative, lorsque le cœur faiblit. Ce qui domine dans cette affection c'est une élévation très marquée de la tension artérielle; cette hypertension artérielle est le vrai ennemi à combattre. Aussi doit-on de préférence s'adresser aux calmants du cœur et aux hypotenseurs; c'est-à-dire remplir la seconde indication.

Pour modérer la pression sanguine, l'iodure de sodium, la trinitrine, l'aconit, l'arsenic, le veratrum viride.

Les frictions sèches ou alcooliques, le massage activent la circulation périphérique, de même que la gymnastique sans fatigue et la gymnastique respiratoire. Ces exercices physiques peuvent même être regardés comme l'indication causale, puisqu'ils tendent à annihiler la cause en favorisant le développement du corps.

II. Rôle de l'infection dans la chorée. — Il semble que la discussion sur la nature de la chorée n'est pas conduite sur la vraie voie. On s'enquiert des antécédents nerveux ou rhumatismaux et selon qu'on trouve les uns à l'exclusion des autres, on en conclut que la chorée est de nature nerveuse, hystérique ou de nature rhumatismale. Peut-être ne fait-on pas attention au mode de raisonnement employé qui parait assez semblable à celui qu'on ferait en déclarant syphilitique, hystérique, rhumatismale, tuberculeuse, etc., une fracture qui se produirait chez un syphilitique, un hystérique, un rhumatisant, un tuberculeux, etc.

Ne nous laissons-nous pas suggestionner par les idées anciennes? Ne persistons-nous pas trop à faire arthralgie, endocardite ou péricardite synonymes de rhumatisme?

La constatation d'un souffle cardiaque ne suffit pas à affirmer qu'on a affaire à une endocardite et que cette endocardite est rhumatismale. Même manifestement organique, le souffle peut aussi résulter d'une infection tout autre que le rhumatisme, comme dans un cas étudié bactériologiquement à M. E. Leredde (2). Il s'agissait d'un petit garçon de 4 ans 1/2, rachitique, atteint de chorée au cours de laquelle on vit apparaitre un souffle musical à la pointe couvrant le premier temps et le petit silence, avec frémissement vibratoire perceptible à la main et un peu d'albuminurie transitoire. Cinq jours après la constatation de cette endocardite mitrale, un souffle doux au foyer aortique au deuxième temps annonçait une insuffisance aortique.

La culture du sang pris au doigt dévoilait l'existence du staphylocoque blanc, mélangé, dans un premier examen, avec du staphylocoque doré. L'endocardite, qu'on aurait pu croire rhumatismale, était de nature infectieuse.

Infectieuse aussi était la péricardite de petit garçon de 9 ans, dont nous parle M. Triboulet (1). Ici, l'enfant nettement rhumatisant par sa mère, par lui-même choréique récidiviste, vient mourir, à l'hôpital, d'endopéricardite. A l'autopsie le péricarde et sa cavité forment une masse fibrogélatineuse de près d'un centimètre L'ensemencement donna des colonies de staphylocoques blancs.

Ainsi donc ces manifestations que les anciens errements cliniques nous feraient appeler rhumatismales, la bactériologie enseigne qu'elles sont microbiennes.

Résoudre la question du rôle de l'infection dans la chorée n'est pas possible maintenant; mais les matériaux s'accumulent, tel le deuxième cas rapporté par M. Triboulet de choréique mort avec des phénomènes infectieux, de la congestion pulmonaire et de la paralysie bulbaire, chez lequel le sang de la rate et du foie contient du staphylocoque blanc; telle l'observation du Dr Barkley qui a trait à une jeune fille de 27 ans morte, au Johns Hopkins Hospital, d'une chorée accompagnée de délire et de fièvre. A l'autopsie on trouve une endocardite, des abcès parotidiens, de la bronchopneumonie de la congestion meningée avec ramollissement cérébral. Cet auteur rappelle aussi que chez des chiens choréiques, il a constaté dans les organes les mêmes altérations que dans les maladies infectieuses, la diphtérie en particulier.

Dr H. Gillet.

(1) H. Huchard. Maladies du cœur et des vaisseaux. Paris, 1889, p. 769.

(2) Note sur un cas d'endocardite choréique d'origine microbienne probable. (*Revue mens. des mal. de l'enfance*, Mai 1891, p. 217.)

(1) Note sur l'infection secondaire microbienne à staphylocoque dans la chorée. (*Revue mens. des mal. de l'enfance*, Décembre 1891, page 562.)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

MÉDECINE

Décoloration des selles dans la péritonite tuberculeuse des enfants, par MM. Berygrum et Katz. — Ce signe n'est ni assez connu ni assez estimé, d'après les recherches des auteurs (*Wiener klinische Wochenschrift*, 1891, n° 46), qui le considèrent comme un bon signe de cette maladie.

Cette décoloration ne traduit pas une acholie concomitante, car si l'urine ne contient aucun pigment biliaire ou dérivé, les matières fécales donnent les réactions de l'urobiline, transformation normale de la bilirubine dans l'intestin; par contre, l'analyse chimique décèle une proportion assez forte de graisse et d'acides gras, résultant d'une digestion incomplète de ces substances, quantité analogue à celle que donnent les matières fécales chez les ictériques. Les selles décolorées de la péritonite tuberculeuse sont donc des selles grasses.

H. G.

Un cas de leucémie suraiguë, par M. Guttmann. — Dans cette observation, la maladie évolua et se termina en quatre jours par la mort (*Berlin. klin. Woch.*, 9 nov. 1891).

Le malade, âgé de 10 ans, accusait depuis quelque temps de la faiblesse. Soudain survinrent de l'hématurie, des ecchymoses cutanées multiples, des hémorrhagies nasales et buccales; puis, deux jours après, de l'hémiplégie droite. Le rapport des globules blancs aux hématies s'élevait à 1 sur 1,4; le surlendemain, mort. A l'autopsie, on trouve des ecchymoses sur la

Digitized by Google

peau et le péricarde, une augmentation énorme du thymus et du foie. Un large caillot sanguin occupant le ventricule latéral gauche du cerveau, avait détruit le corps strié et les couches optiques. Aucune augmentation des glandes lymphatiques; enfin, rien à l'examen bactériologique.

Ce cas de leucémie est remarquable par la rapidité extrême de son évolution. N. D.

De l'hépatite parenchymateuse simple, par M. Talma. — Dans cette hépatite, le foie seul est affecté d'ordinaire. C'est tout au plus si on constate de la splénomégalie ou de l'irritation intestinale. Il faut établir le diagnostic avec les abcès, le carcinome du foie et les hépatites d'autre forme (*Berliner klin. Woch.*, 9 nov. 1891).

Le foie est augmenté de volume le malade accuse une douleur locale spontanée ou par la pression. Parfois la surface de l'organe paraît bosselée à la palpation et ces bosselures peuvent en imposer pour des nodules cancereux ou un abcès. Il y a de l'ictère, des vomissements, parfois des hématémèses et de la diarrhée. Il s'agit sans doute, d'après l'auteur, d'une hépatite infectieuse. Dans un cas mortel où l'autopsie fut pratiquée, on trouva des névrosités hépatiques mesurant plusieurs centimètres et dont la structure histologique était celle de la glande avec augmentation du tissu connectif interlobulaire. S. R.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Du tellurate de soude contre les sueurs nocturnes des phtisiques, par M. Cebrian. — Ces essais ont été pratiqués à l'hôpital général de Madrid et assez heureux. Ils consistaient dans l'administration de pilules contenant trois centigrammes de tellurate de soude qui, paraît-il, en trois ou quatre jours tarissaient la sudation, sans causer de troubles dans les grandes fonctions. (*Siglo Medico*, 8 novembre, 1891).

Par contre, elles provoquaient de l'anorexie, de la tendance au sommeil, communiquaient à l'haleine une odeur désagréable et produisaient une diarrhée toujours redoutable à une période avancée de la maladie. De là une contre-indication à l'emploi du tellurate de soude dans maintes circonstances. Les expériences confirment celles de Combemale (1). N. D.

Dangers de la cocaïne dans la fièvre des foins, par M. W. Stickler. — L'auteur n'est pas partisan de cette médication parce que la cocaïne produit une dépression souvent dangereuse de l'état général. Il a vu des malades traités de cette façon, tomber dans le collapsus après l'insufflation nasale de l'alcaloïde. (*The New-York Méd. Journal*, 31 août, 1891).

De plus, prise à certaines doses, la cocaïne enlève tout appétit, cause l'insomnie et peut amener de la congestion nasale.

Ce médicament puissant empêche les éternuements et calme l'irritation en anesthésiant la membrane affectée : ce n'est donc que dans les cas graves que l'on doit l'employer. Enfin, chez quelques personnes, elle excite momentanément l'activité intellectuelle. Plus tard, cette suractivité a fait place à la dépression.

Enfin, la cocaïne amène souvent de la constipation et ne *guérit* pas la fièvre des foins. P. C.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

La lithotritie chez les enfants, par Alexandroff. — D'une statistique de 32 cas, observés à l'hôpital Olga de Moscou, sur des enfants de un à quatorze ans, M. Alexandroff formule les conclusions suivantes: (*Deut. Zeit. f. Chir*, ex. XXXII, p 5, 1891).

En déduisant deux décès pour des causes étrangères à l'opération, la mort s'est produite trois fois par des lésions uréthrales dépendantes de cette dernière. Vingt-sept fois la lithotritie a été heureuse.

Cette opération est donc indiquée quand le diamètre de l'uréthre permet l'introduction d'un lithotriteur du calibre 14 et que le volume du calcul n'excède pas deux centimètres ou deux centimètres cubes et demi. Autrement, il faut préférer la lithotomie sus-pubienne avec suture vésicale consécutive. S. R.

(1) Voir *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1891.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

La dyspnée toxique dans les cardiopathies

(*De la toxicité urinaire dans les affections cardio-artérielles.*)

Par M. Tournier
Interne des Hôpitaux de Paris.

La dyspnée, envisagée comme symptôme des maladies du cœur, ressortit de deux modes pathogéniques principaux. Tantôt elle se rattache à un trouble mécanique de la circulation pulmonaire, ou à des altérations consécutives, congestion, œdème, apoplexie pulmonaire, etc. ; c'est alors une dyspnée *mécanique*, qui se montre surtout dans les affections mitrales, ou pour mieux dire dans les cardiopathies valvulaires. Tantôt elle se manifeste d'une façon toute spontanée, en apparence, sans substratum organique capable de justifier son apparition. Différentes théories ont été édifiées pour expliquer cette dyspnée « sine materia », qui affecte souvent une allure paroxystique (pseudo-asthme cardiaque, pseudo-asthme aortique) et qui est l'apanage des individus atteints de lésions aortiques, de sclérose artério-coronaire, etc., autrement dit de cardiopathies artérielles (1). Notre maître, M. H. Huchard, en se basant sur de nombreux faits empruntés à la clinique et à la thérapeutique, enseigne depuis longtemps qu'il s'agit alors d'une « dyspnée *toxique* », liée à la rétention dans l'organisme de toxines introduites surtout par l'alimentation. Les viandes faisandées et peu cuites, les poissons avancés, les fromages faits, les conserves alimentaires, la charcuterie, les bouillons et potages gras contiennent une grande quantité de ptomaïnes, de toxines diverses; d'autres se forment sur place au sein des fermentations gastro-intestinales. Enfin, nous croyons volontiers, avec divers auteurs, que le travail musculaire engendre des substances dyspnéigènes très actives. Ainsi se vérifie cette parole de M. Bouchard : « L'organisme est un réceptacle et un laboratoire de poisons ».

Ces poisons sont éliminés en majeure partie par les reins. Aussi, les urines normales sont-elles toxiques. Ceci n'est plus à démontrer, depuis les travaux de

(1) On sait que M. Huchard a divisé les cardiopathies organiques en deux classes : les *cardiopathies valvulaires*, et les *cardiopathies artérielles* ou *vasculaires*. Les premières sont le résultat de l'endocardite rhumatismale; les secondes sont dues à l'endartérite généralisée dont les causes sont d'origine infectieuse, diathésique ou toxique. (Voir, à ce sujet « les causes de l'artério-sclérose et des cardiopathies artérielles », *Revue de Clinique et de Thérapeutique*, octobre 1891).

Digitized by Google

Vauquelin et Ségalas (1822), de Feltz et Ritter (1881), et surtout depuis les recherches importantes de Bouchard.

Chez les personnes dont les reins fonctionnent normalement, les toxines n'apportent pas de perturbations sensibles, puisqu'elles sont éliminées au fur et à mesure de leur passage dans le torrent circulatoire. Mais les artério-scléreux, il ne faut pas l'oublier, sont soumis à une loi générale, ainsi formulée par M. H. Huchard :

« *L'insuffisance rénale est un symptôme précoce et presque constant des cardiopathies artérielles, même en l'absence d'albuminurie.* »

Donc, tous ces malades ont des reins plus ou moins imperméables, qui ne laissent passer que d'une façon très incomplète les déchets de la nutrition, et c'est à l'action sur le centre respiratoire, de ces produits retenus dans le sang, qu'il faut attribuer le plus souvent la genèse de la dyspnée chez les artério-scléreux et les cardiopathes-artériels. Leurs urines doivent donc *a priori* présenter une toxicité moindre que les urines normales.

Pour vérifier l'exactitude de cette induction clinique formulée par notre maître, nous avons entrepris, sur ses conseils et au laboratoire de l'hôpital Bichat, quelques recherches sur la toxicité urinaire chez les artério-scléreux. Nous avons eu recours à la méthode de M. Bouchard, aux injections intra-veineuses d'urine. L'animal choisi pour l'expérimentation a été le lapin, et le lieu d'élection pour introduire le liquide, la veine dorso-marginale de l'oreille. Les malades étaient le plus souvent des cardiopathes-artériels à types dyspnéiques variés, ne présentant, autant que possible, ni albuminurie, ni lésions pulmonaires sérieuses. Ils étaient pris, dès leur entrée à l'hôpital, avant tout traitement, et restaient provisoirement au régime commun; car on sait que l'alimentation lactée abaisse notablement le degré de la toxicité urinaire (1). Nous avons opéré sur la masse des urines excrétées dans les vingt-quatre heures. Après filtration et neutralisation exacte par le bicarbonate de soude, ces urines étaient injectées à la température ambiante et avec une vitesse de 1 centimètre cube par 10 secondes, suivant la technique indiquée par MM. Roger et Gaume (2). L'appareil dont nous nous sommes servis a été la seringue à double effet de M. Dieulafoy, à chaque ajustage de laquelle nous avions fixé un tube flexible en caoutchouc, l'un servant à l'aspiration et plongeant dans un récipient gradué où se trouvait le liquide, l'autre muni à son extrémité d'une aiguille de Pravaz, destinée à pénétrer dans l'intérieur de la veine. Grâce à ce dispositif nous pouvions alternativement aspirer l'urine et l'injecter sans interrompre l'expérience.

Dans les conditions ordinaires, on a constaté qu'il fallait en moyenne 45 à 50 centim. cubes d'urine normale pour tuer 1 kilogr. d'animal. Cette dose, mortelle pour 1 kilogr. de matière vivante, représente l'unité de toxicité ou l'*urotoxie*. Nous appellerons, avec M. Bouchard, *coefficient urotoxique*, la somme ou la fraction d'urotoxies que 1 kilogr. d'homme peut fabriquer en 24 heures. Un homme bien portant du poids de 60 kil. élabore en moyenne pendant un jour de quoi tuer 24 kilogr. d'animal et possède un coefficient urotoxique égal environ à 0.464. Nous donnons ces chiffres pour servir de terme de comparaison avec ceux que nous avons trouvés. Voici maintenant, brièvement résumées, quelques unes de nos expériences :

I. — Homme de 56 ans, atteint d'artério-sclérose du cœur à forme arythmique, est arrivé au début de la période mitro-artérielle. Dyspnée très intense, continue, exacerbée par le moindre effort et se rapprochant par instants du type de Cheyne-Stokes.

Poids du malade : 72 kilogrammes. Quantité d'urine en vingt-quatre heures : 1270 centimètres cubes. Pas d'albumine. — Cette urine est injectée à un lapin pesant 1,390 grammes. La mort arrive après introduction de 85 centimètres cubes.

Toxicité urinaire : 61 centimètres cubes par kilogramme d'animal. Le malade excrète en vingt-quatre heures une dose de poison suffisante pour tuer 20 kilog. 819 de matière vivante.

Coefficient uro-toxique : 0,289.

II. — Homme de 50 ans, atteint d'insuffisance aortique d'origine artérielle. Souffle systolique et diastolique au niveau du foyer aortique. Souffle systolique rude à la pointe. Rien dans les poumons. Pas d'œdème périphérique. Accès de dyspnée survenant presque toutes les nuits (pseudo-asthme aortique).

Poids du malade : 63 kilogrammes. Urines : 1,300 grammes en vingt-quatre heures. Non albumineuses. Ces urines sont injectées à un lapin du poids de 2.400 grammes. — Elles amènent la mort à 168 centimètres cubes.

Toxicité urinaire : 70 centimètres cubes par kilogramme d'animal. Le malade élabore en vingt-quatre heures de quoi tuer 18 kilog. 570 de matière vivante.

Coefficient uro-toxique : 0,294.

III. — Femme de 54 ans, atteinte d'insuffisance aortique d'origine endartéritique. Accès de sténocardie. Dyspnée d'effort.

Poids de la malade : 65 kilogrammes. Quantité d'urine émise en vingt quatre heures : 1,100 centimètres cubes. Pas d'albumine. Cette urine est injectée à un lapin pesant 2,167 grammes. Mort après 132 centimètres cubes.

Quantité mortelle pour 1 kilogramme d'animal : 60 centimètres cubes. La malade fabrique en vingt-quatre heures assez de poison pour tuer 18 kilog. 032 de substance vivante

Coefficient uro-toxique : 0,277.

IV. — Homme de 58 ans, atteint de sclérose cardiaque, avec arythmie, sans bruit de souffle. Léger œdème prétibial ; quelques sibilances dans les poumons. Anhélation continue avec constriction épigastrique.

Poids du malade : 73 kilogrammes. Urines : 1,500 centimètres cubes. Pas d'albumine. Cette urine est injectée à un lapin du poids de 1,966 grammes. Il meurt après introduction de 106 centimètres cubes.

Toxicité urinaire : 53 centimètres cubes par kilogramme d'animal. La quantité de poison excrétée en vingt-quatre heures est suffisante pour tuer 28 kilog. 320 de matière vivante.

Coefficient uro-toxique : 0,387.

V.— Femme de 49 ans, atteinte d'aortite chronique et d'insuffisance aortique. Pas d'œdème des membres ; pas de râles dans les poumons. Douleurs angineuses et dyspnée permanente très marquée.

Poids de la malade : 57 kilogrammes. Urines en vingt-quatre heures : 950 grammes. Traces d'albumine. Un lapin pesant 2,106 grammes, meurt après avoir reçu 96 centimètres cubes de cette urine.

(1) Charrin et Roger (Société de Biologie, 1887).
(2) Roger et Gaume, (*Revue de Médecine*, 1889).

Digitized by Google

Toxicité urinaire : 45 centimètres cubes par kilogramme d'animal. La malade élimine en vingt-quatre heures de quoi tuer 21 kilog. 111 de matière vivante.
Coefficient uro-toxique : 0,370.

VI. — Homme de 40 ans, atteint de sclérose cardio-rénale (néphrite interstitielle). Quelques râles ronflants dans les poumons, avec expiration prolongée. Pas d'œdème. Dyspnée permanente, avec angoisse précordiale et exacerbations nocturnes.
Poids du malade : 66 kilogrammes. Urines des vingt-quatre heures : 1.500 centimètres cubes avec 0,25 d'albumine par litre. Un lapin du poids de 3,600 grammes est tué par 300 centimètres cubes de cette urine.
Toxicité urinaire : 83 centimètres cubes par kilogrammes d'animal. Le malade fabrique en vingt-quatre heures de quoi tuer 18 kilog. 036 de matière vivante.
Coefficient uro-toxique : 0,273.

VII. — Malade de la clientèle de M. Huchard, en état d'asystolie et présentant le type respiratoire de Cheyne-Stokes. Nous n'avons pu malheureusement savoir le poids de ce malade.
Quantité des urines émises en vingt-quatre heures : 900 grammes. Pas d'albumine, au moment de l'examen. Elles sont introduites dans la veine d'un lapin pesant 1,864 grammes. Il meurt après injections de 86 centimètres cubes.
Toxicité urinaire : 46 centimètres cubes par kilogramme d'animal. Le malade fabrique en vingt-quatre heures de quoi tuer 19 kilog. 521 de substance vivante.
Coefficient uro-toxique : indéterminé.

VIII. — Homme de 39 ans, atteint de rétrécissement mitral et d'insuffisance aortique combiné, d'origine rhumatismale. Hyposystolie au début. Anhélation légère.
Poids du malade : 66 kilogrammes. Urines des vingt-quatre heures ; 1,300 centimètres cubes ; non albumineuses Elles sont injectées à un lapin, du poids de 2,400 grammes, qui meurt au cent douzième centimètre cube.
Toxicité : 46 centimètres cubes par kilogramme d'animal. Le malade peut tuer en vingt-quatre heures 28 kilog. 260 de matière vivante.
Coefficient uro-toxique : 0,428.

Il suffit de jeter un coup d'œil sur les chiffres obtenus dans ces expériences, et de les comparer avec ceux que M. Bouchard a donnés comme moyenne chez des individus sains, pour constater que, d'une façon générale, la toxicité de l'urine est diminuée chez les artério-cardiopathes. Sans doute, on n'observe pas de ces grands écarts qu'on rencontre chez certains albuminuriques, dont les urines sont parfois aussi inoffensives que l'eau distillée. Cependant, dans un cas (expérience VI), il a fallu jusqu'à 83 centim. cubes pour tuer un kilogr. d'animal. Deux sujets ont paru se soustraire à la règle, puisque chez l'un d'eux (exp. IV) la toxicité urinaire a été de 53 cent. cubes par kilogr., et chez l'autre de 45 cent. cubes seulement. Mais ce n'est là qu'une apparence; et si l'on tient compte de la quantité des urines émises et du poids des patients, on trouve chez tous, sans exception, le coefficient uro-toxique abaissé.

Les deux dernières expériences ont trait à des cordiopathes valvulaires; elles ont été instituées à titre de contre-épreuves. Dans l'un des cas (exp. VIII), la toxicité a été trouvée normale ; dans l'autre (exp. VII), elle était vraisemblablement abaissée, bien que nous n'ayons pas pu calculer le coefficient uro-toxique ; mais le malade en question était arrivé à la période ultime de l'asystolie, et, fait intéressant à noter, présentait le type respiratoire de Cheyne-Stokes, type qui paraît plutôt rentrer dans le groupe des dyspnées nerveuses que dans celui des dyspnées toxiques. Mais quand l'asystolie est installée, l'élément mécanique et l'élément toxique s'associent pour porter l'oppression à son comble.

(*A suivre.*)

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

DERMATOLOGIE

Traitement de la leucoplasie (1)

« Les *pulvérisations* sont très utiles, faites avec les » mêmes liquides que les bains, à l'aide des pulvérisa- » teurs à lampe de petit modèle, elles peuvent être » réitérées deux fois par 24 heures et avoir une durée » de cinq à dix minutes.

» L'état de sécheresse, de tension dans lequel se trouve » souvent la bouche, la langue en particulier, nous ont, » depuis longtemps, fait employer les *onctions grasses* » de la langue, auxquelles convient à merveille la vase- » line de bonne qualité, additionnée de substances mé- » dicamenteuses appropriées, baume du Pérou, acide » borique, eau de chaux médicinale, bicarbonate de » soude, iodol, aristol, borate de soude, etc..., etc... » Mais on doit *toujours* débuter par des doses extrême- » ment faibles, acide borique, baume du Pérou, 1 à 5 » pour 100 ; iodol, aristol, de 1/5 à 1 pour 100, etc..., » en se guidant sur la tolérance de chaque malade. La » glycérine, étendue d'eau et neutralisée, — eau de » chaux médicinale et glycérine parties égales — la pé- » trovaseline (vaseline liquide) peuvent être utilisées » pour les collutoires, qui ne doivent pas contenir de » substance glycosique.

» Bazin envoyait, avec grande raison, ses malades » atteints de *psoriasis buccal* faire une cure minérale » aux eaux légères cuivreuses de Saint-Christau (Basses- » Pyrénées) Tillot d'abord, et après lui Bénard ont » établi nettement le mode d'action de ces eaux... Leur » emploi est surtout indiqué à faire sur place et sous la » direction immédiate du médecin compétent, mais » l'eau de Saint-Christau, source des Arceaux, trans- » portée, peut, avec grande utilité, servir aux bains de » bouche et de langue, aux pulvérisations, en suspen- » dant, momentanément, s'il se manifeste un peu d'ir- » ritation. » (E. Besnier et Doyon, *loc. cit.*).

D'après M. P. Bénard, les eaux de Saint-Christau, qui renferment 3 dix millièmes par litre de sulfate de cuivre, ont (Source des Arceaux) une onctuosité appréciable et une légère saveur styptique, et exercent une action remarquable sur les inflammations chroniques des muqueuses facilement accessibles au traitement externe. « Leur principal mode d'action consiste dans » une stimulation organique presque insensible sans » réaction bien appréciable, s'exerçant sous l'influence » d'un contact prolongé pour aboutir finalement à un » effet résolutif. Cette action stimulante locale se ma- » nifeste par une très légère exacerbation, ou plutôt par » une accentuation des symptômes subjectifs (sensibi-

(1) Suite. Voir : p. 788.

Digitized by Google

» lité, sécheresse, picotements, piqûres, élancements), » par une coloration plus vive des tissus congestionnés, » quelquefois même par une faible turgescence de la » muqueuse » (P. Bénard). Le traitement fait à la source consiste en l'administration à l'intérieur de plusieurs verres par jour de l'eau des sources Bazin et des Arceaux (car l'eau prise à l'intérieur semble activer les effets du traitement externe), souvent en bains généraux, localement en bains de bouche fréquents, pas très prolongés, surtout au début, de peur d'une réaction trop forte, et en pulvérisations avec l'eau des Arceaux qui est froide et très stable. Il faut d'ailleurs tâter la susceptibilité du malade, et s'il se produit des phénomènes réactionnels marqués, restreindre la stimulation en n'agissant que par des pulvérisations fines et sans force : il faut que la sensation d'agréable fraîcheur produite par la pulvérisation, persiste longtemps après. En général, la tolérance finit par s'établir, et l'on peut revenir bientôt à des pulvérisations plus fortes.

M. Bénard se sert de la pulvérisation froide par brisement avec la palette de Lambron la plus large sur laquelle on dirige deux jets à la fois : la pression reste invariable entre 12 et 16 atmosphères, mais on modifie, suivant les cas, l'inclinaison de la palette et le volume du jet.

Les résultats obtenus à Saint-Christau sont bons dans toutes les formes de glosso-stomatite leucoplasique sans *complication épithéliomateuse* : ils sont surtout excellents dans les formes en placards minces compliquées de lésions scléreuses, ulcéreuses, variqueuses, et dans les formes atténuées caractérisées par de l'hypertrophie papillaire. M. P. Bénard a pu observer des quasi-guérisons (4 sur 66 malades), mais l'amélioration obtenue est surtout indiquée par l'éloignement et l'atténuation des poussées inflammatoires, par la vulnérabilité beaucoup moindre de la muqueuse, souvent par la régression des plaques leucoplasiques.

Si l'on ne peut aller à Saint-Christau, on peut toujours faire à domicile des lavages et des pulvérisations avec l'eau des Arceaux, et, si cette médication est trop dispendieuse, avec une solution aseptique très faible de sulfate de cuivre.

A côté des eaux de Saint-Christau je dois signaler les eaux de Challes dont l'action topique sur la leucoplasie buccale est également des plus remarquables.

Avant d'essayer toute autre intervention thérapeutique active, on devra s'en tenir pendant un certain temps à la ligne de conduite que nous venons d'exposer. Puis si l'on voit la maladie continuer à s'étendre ou rester stationnaire, on pourra tenter des applications un peu plus énergiques.

Parmi les topiques que l'on a recommandés pour agir directement sur les plaques leucoplasiques ceux qui nous ont donné le moins de mécomptes sont incontestablement l'*acide salicylique* et l'*acide chromique*.

On peut employer l'*acide salicylique* (E. Vidal) en faisant baigner la bouche 5 ou 6 fois par jour avec une solution que l'on fait en mettant 40 gouttes d'une solution alcoolique d'acide salicylique au cinquième dans un verre d'eau. On peut aussi badigeonner les plaques tous les 3 ou 5 jours avec un pinceau imbibé d'une solution alcoolique d'acide salicylique au dixième. Pour cela on découvre les parties malades : on les sèche soigneusement avec un linge fin : on les badigeonne exactement avec la solution salicylée ; puis on fait rincer la bouche avec de l'eau alcalinisée.

L'acide chromique peut, lui aussi, être employé en solutions faibles au 100me, au 80me, au 60me, avec lesquelles on badigeonne 2 ou 3 fois par jour les points malades ; ou en solutions fortes au dixième, au huitième, au cinquième et même à parties égales, avec lesquelles on fait un attouchement tous les 3 ou 5 jours seulement. On suit le même procédé opératoire que pour l'acide salicylique : on découvre les parties malades, on les essuie, on les touche avec la solution chromique, puis, après une ou deux minutes, on fait rincer la bouche à grande eau.

L'acide salicylique nous a paru surtout efficace dans les cas de plaques leucoplasiques torpides : il en facilite la desquamation et la disparition. L'acide chromique est indiqué lorsqu'il y a des fissures ou des excoriations.

Devergie employait contre la leucoplasie *le protonitrate acide de mercure* préparé de la manière suivante :

Eau distillée	8 grammes
Protonitrate acide de mercure cristallisé	4 —

Réduire en poudre le protonitrate ; faire dissoudre dans l'eau portée graduellement à l'ébullition ; retirer du feu et ajouter goutte à goutte en remuant :

Acide azotique	2 grammes

Procéder avec ce topique comme avec l'acide chromique (E. Vidal).

(*A suivre.*)

Dr L. Brocq,
Médecin des Hôpitaux.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

MÉDECINE

I. **Pilules calmantes et fébrifuges.** — Elles seraient indiquées, d'après Pepper, pour diminuer l'excitation, faciliter l'expectoration et la fièvre des tuberculeux :

Extrait d'opium	0 gr. 30 à 0 gr. 50
Feuilles de digitale pulvérisées }	ãã 1 gr. 50 à 3 gr.
Scille pulvérisée }	
Sulfate de quinine	3 grammes

F. s. a. pour soixante pilules.
Dose : deux à quatre quotidiennement.
Si on redoute la constipation, remplacer l'opium par la codéine.

II. **Vin composé amer et créosoté.** — Cette association de la créosote aux amers a pour objet de rendre l'estomac plus tolérant et de prévenir l'inappétence :

Créosote	XXXX gouttes
Teinture de noix vomique	10 grammes
— de gentiane	30 —
— d'écorces d'oranges amères	20 —
Eau-de-vie	80 —
Glycérine	40 —
Vin de Xérès ou de Madère	400 —

Dose : une à deux grandes cuillerées avant les repas.

Digitized by Google

CORRESPONDANCE DE PARIS

Traitement des hémorrhagies dentaires

Paris, 11 décembre 1891.

Je lis dans le numéro du 2 décembre de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* deux formules contre cet accident de l'extraction dentaire.

D'une façon générale, les topiques liquides n'ont aucune action contre ces accidents et, à mon avis, la seule thérapeutique *rationnelle*, efficace et rapide, consiste dans l'emploi des moyens chirurgicaux :

1° La cautérisation ignée (galvano-cautère) ;

2° La compression, qui se fera ici comme dans la cavité vaginale, par tamponnement, puisqu'il s'agit d'une cavité à parois rigides, la *cavité alvéolaire*.

La pointe du galvano-cautère devra être appliquée dans le fond même de l'alvéole, car ce sont presque toujours les vaisseaux de la pulpe qui donnent.

En attendant l'arrivée du médecin, le malade pourra efficacement employer les injections d'eau très chaude, et quant au tamponnement, c'est chose si simple qu'il pourra, à la rigueur, le faire lui-même. Pour cela on découpe de *petits* morceaux d'amadou, on en *bourre* littéralement le fond de l'alvéole, puis on les recouvre de morceaux plus gros, et finalement d'un autre assez volumineux pour écarter légèrement les mâchoires ; de la sorte, l'occlusion de celles-ci suffit à maintenir le pansement compressif ; cela vaut le meilleur bandage du monde et agit comme tous les compresseurs.

Il est étrange qu'un moyen si simple, si facile, si à la portée de tous, soit relativement peu connu, *même des médecins*. D'ailleurs, il est un fait facile à constater : dès qu'il s'agit d'odontologie on abandonne tout à l'empirisme. Cela prouve combien il serait à désirer que l'art dentaire devint ce qu'il devrait être, une branche de l'art médical et qu'on y appliquât les fruits d'une solide éducation médicale. Dr P. Richer.

REVUE DES LIVRES

Traité pratique de gynécologie, par M. le Dr Auvard (Paris 1891, O. Doin).

Dans un beau volume de 800 pages environ, l'auteur expose tous les points de la pratique gynécologique. 525 figures dans le texte, et 12 planches en couleur, illustrent l'ouvrage. Voilà pour la forme esthétique de ce traité.

Le texte est toujours clair, toujours précis, toujours pratique ; il ne s'adresse pas aux bibliographes ; il a pour objets constants la clinique et la thérapeutique. Les deux premiers chapitres sont consacrés à la pathologie générale des maladies féminines. On entre ensuite dans le cœur même du livre. Les malformations génitales, les affections de la vulve et du vagin sont alors décrites. Puis, sous le nom de *génitalite*, M. Auvard réunit les inflammations de l'utérus, de ses annexes et du tissu cellulaire pelvien. Cette conception d'ensemble, admise aujourd'hui par la plupart des auteurs, éclaircit singulièrement les complexes obscurités d'autrefois.

Les chapitres suivants traitent des déviations utérines, de l'inversion utérine, des hémorragies péri utérines, des tumeurs génitales. Mais le spécialiste ne doit pas se cantonner dans sa région favorite : S'il n'y prend garde, il cataloguera tous ses malades dans le groupe auquel il s'intéresse particulièrement, et il commettra des erreurs de diagnostic. En vrai clinicien, M. Auvard nous prémunit contre cet écueil, et fait une heureuse innovation en décrivant les maladies qui peuvent simuler les affections gynécologiques. C'est ainsi que les voies urinaires, le rectum et le bassin, les organes abdominaux sont, tour à tour, considérés au point de vue séméiologique.

Enfin les déviations menstruelles, la stérilité et le diagnostic général des *génitopathies* terminent le volume.

La simple énumération qui vient d'être faite suffit pour montrer tout le profit que le praticien doit tirer d'une telle lecture.

Il existe dans ce traité un certain nombre de mots nouveaux. Les néologismes sont acceptés très différemment suivant les esprits. M. Auvard estime que le vocabulaire n'est qu'un instrument qu'on a le droit de modifier et d'enrichir selon les besoins. Les mots nouveaux dont il se sert, se comprennent aisément : ils ont bonne tournure, et sont en tout cas très commodes. Peut-être auront-ils une heureuse destinée, malgré les discussions du début.

Hygiène de la grossesse, par M. le Dr Olivier (Paris 1891, J.-B. Baillière).

Ancien interne de la Maternité, et élève de M. Tarnier, le Dr Olivier était bien préparé pour écrire une Hygiène de la grossesse. L'ouvrage comporte deux parties distinctes : la première est réservée à la grossesse normale, la seconde, à la grossesse pathologique. L'hygiène de l'habitation, les exercices physiques, les vêtements, l'hydrothérapie, les soins de toilette attirent successivement l'attention de l'auteur. La grossesse compliquée comprend l'étude des troubles des différents appareils, et de quelques accidents de la gestation elle-même tels que la fausse couche et l'insertion vicieuse de l'œuf.

Les praticiens et les femmes enceintes trouveront dans ce volume un guide intéressant et utile à consulter.

Guide pratique d'accouchement, par M. le Dr Bureau (Paris 1891, Soc. d'éd. scientifiques).

Ce livre pourrait encore s'appeler : *Guide de thérapeutique obstétricale*. L'auteur a tenu, en effet, à présenter les divers moyens que l'accoucheur peut employer en face de tel ou tel cas clinique ; il a eu soin d'élaguer les théories et les discussions sans intérêt, pour déterminer exactement la conduite à tenir. Le livre de M. Bureau expose, en les résumant, les pratiques les plus généralement admises, et consacrées par l'expérience.

Divers modes de traitement plus nouveaux et moins sûrs dans leurs résultats, sont examinés, et critiqués même avec une certaine vivacité.

Le plan général de l'ouvrage est simple. La conduite à tenir est étudiée successivement pendant la grossesse normale et pathologique, pendant l'accouchement normal et dystocique, et enfin dans chaque cas d'intervention, au point de vue de la technique opératoire.

La Société d'éditions scientifiques a soigné les qualités extérieures de ce volume.

Demelin.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES ÉTRANGÈRES

Allemagne. Société de médecine de Berlin (2 décembre 1891). I. *L'action thérapeutique du salophène.* — **Angleterre.** Société de médecine de Londres (30 novembre 1891). II. *La dermatose épidémique des work-houses.* — **Autriche.** Société impériale des médecins de Vienne (4 décembre 1891). III. *L'amputation Chopart.* IV. *L'iléocolostomie.* — **Belgique.** Académie de médecine (28 novembre 1891). V. *Le curettage utérin contre les endométrites chroniques.*

I. **L'action thérapeutique du salophène.** — Qu'est le salophène ? Un composé d'acide salicylique contenant aude là de cinquante pour cent de ce corps et décomposable dans l'or-

Digitized by Google

ganisme, parait-il, et au moyen des alcalins, en salicylate alcalin et en acetyl-para-amido-phénol. Si ces propriétés chimiques et physiques sont réelles, le salophène, on doit s'y attendre, possède une action analogue à celle des salicylates.

M. P. Guttmann a pu, sans grand effort, le penser, et, pour le prouver, a fait ingérer ce remède à des animaux et à des malades.

La dose toxique de salophène est, pour les cobayes, de 4 grammes par kilogramme du poids du corps. Dès lors, l'observateur allemand estime que l'on peut, sans danger, l'administrer à l'homme par dose quotidienne de 6 et même 8 grammes.

Il l'a fait à des rhumatisants, à des typhiques et à des individus en puissance de cystite. Chez les premiers, il y a, dans l'espace de vingt-quatre heures, diminution de l'arthralgie, puis retour de la mobilité et disparition du gonflement articulaire. Cette action antirhumatismale ne s'observe pas dans le rhumatisme chronique, de sorte qu'elle ressemble à celle des autres agents antirhumatismaux de la famille salicylique.

L'*action antithermique* est médiocre ; à la dose de 4 à 6 grammes, il abaisse à peine de 1 degré 5 la température d'un typhique. Comme *nervin*, il a, deux fois dans une série de quatre cas, calmé les douleurs de la sciatique et de la névralgie du trijumeau Enfin, dans la cystite, le résultat a été plus médiocre encore. Au résumé, le salophène serait, ce que M. Guttmann n'a pas assez dit, un succédané médiocre de l'acide salicylique et de ses sels.

II. **La dermatose épidémique des work-houses.** — Quelle est-elle? On l'ignore, et cependant depuis plusieurs mois elle fait des victimes nombreuses dans les *work-houses* de Paddington et Maryleborne, à Londres, et à l'asile des aliénés de Hanwell, voisin d'ailleurs de l'établissement de Paddington.

De juillet à novembre, cette maladie a été observée 1623 fois. A Paddington seulement, vingt pour cent des individus hospitalisés en ont été atteints. Bref, c'est bien une affection épidémique, plus particulière aux vieillards, et dont la durée est de sept à huit septenaires.

D'après M. Savill son évolution serait la suivante :

1° *Période initiale* ou *papulo-erythémateuse*, dont la durée varie entre trois et huit jours. Des vésicules peuvent accompagner les papules et contenir une sérosité assez riche en diplocoques.

2° *Période d'état* ou *desquamative* pendant laquelle, c'est-à-dire durant vingt à quarante jours, la peau est colorée en rouge et l'épiderme se détache par lambeaux. Cette desquamation, en larges plaques, n'est point sans analogie avec celle de la scarlatine. En outre, chute des cheveux et des ongles. A cette période, et suivant les cas, la peau reste sèche ou bien devient humide ;

3° *Période terminale* ou *eczémateuse* durant laquelle la maladie se traduit par les symptômes et même la marche de l'eczéma.

M. Sawill divise donc les cas en deux groupes: ceux à forme sèche et ceux à forme humide. L'éruption siège aussi souvent sur le tronc que sur le visage, mais plus rarement sur les membres inférieurs. Elle est parfois précédée de symptômes généraux: fatigue, prostration, inappétence, et même état fébrile. Celui-ci est plus marqué dans les cas où l'éruption occupe une large surface.

Pendant l'éruption, le malade accuse des démangeaisons, exhale une odeur spéciale dans les trois quarts des cas, de diarrhée et de vomissements, enfin, dans la moitié il a de l'albuminurie passagère. Parmi les complications, on signale les conjonctivites, des furoncles, et après la guérison, une pigmentation durable de la peau.

On pourrait, ajoute M. Sawill, confondre la forme sèche avec le pityriasis rubra ou la rubéole, et la forme humide avec l'érysipèle ou l'eczéma. Ce serait une erreur, et il faut en faire une entité morbide, plus fréquente sur les vieillards et chez l'homme que chez la femme ; contagieuse et indépendante de toute origine alimentaire de plus, causant une mortalité de 12 à 13 pour 100. Bref! c'est vraisemblablement une affection microbienne, et, argument en faveur de cette opinion, notre confrère anglais invoque, à défaut du témoignage de la bactériologie, l'efficacité du traitement parasiticide par la créoline combinée avec l'administration des toniques.

Pour M. Richard, qui a observé à Hanwell, et qui a inutilement essayé toutes les médications, il faut considérer cette dermatite comme une trophonévrose et non comme une maladie à microbes. Il serait donc disposé à y voir une forme ou tout au moins une manifestation de l'influenza.

Cependant, remarques contradictoires avec cette hypothèse, d'une part M. Linn, médecin de Maryleborne Infirmery, qui a pratiqué diverses autopsies, au reste toutes également négatives, a noté ce fait qu'il a pu limiter l'éruption par le badigeonnage de la papule initiale au moyen du collodion ; d'autre part, M. Croocker a observé dans nombre de cas une adénopathie cervicale qu'il compare aux engorgements ganglionnaires de la rubéole.

Au demeurant, cliniquement, tout plaide en faveur d'une affection microbienne contagieuse, et, somme toute, assez redoutable.

III. **L'amputation de Chopart** — On sait qu'après l'amputation de la partie antérieure du pied, le moignon a tendance à devenir équin, même quand on obtient la guérison par première intention. C'est pour prévenir cette difformité post-opératoire que M. Frank propose le procédé suivant dont il a fait une fois usage avec succès.

Après l'incision de la peau et des tendons extenseurs, il désarticule en conservant le scaphoïde et au moins une partie du cuboïde. C'est alors qu'il perfore le scaphoïde d'un trou et le cuboïde de deux autres trous, à travers lesquels il fait passer les tendons extenseurs qu'il a eu la précaution de sectionner à trois centimètres au delà de l'incision cutanée. Il suture ces tendons à l'aponévrose plantaire et obtient ainsi un moignon mobile dans le sens de la flexion.

IV. **L'iléocolostomie.**— Cette opération que M. Hochenegg recommande apres Hacker et Maisonneuve, a pour objet d'aboucher l'iléon dans le côlon quand, après la laparotomie pour tumeur du cœcum, on constate l'impossibilité d'enlever cette dernière en raison de ses adhérences.

Dans l'iléocolostomie, conseillée par l'auteur, on abouche l'iléon dans le côlon; puis, attirant le cœcum et la partie terminale de l'iléon dans la plaie abdominale, on les y fixe. L'anse réséquée est lavée régulièrement et, après trois ou quatre jours, peut être enlevée.

Cette opération serait destinée à remplacer l'anus artificiel. M. Hochenegg a donc réservé celui-ci pour les cas où le malade étant très faible, une intervention rapide s'impose et celle-là comme opération secondaire pour remédier à un anus artificiel qui a été pratiqué d'urgence.

Il conseille l'iléocolostomie: 1° pour les cas de tumeurs malignes inopérables du cœcum avec ou sans rétrécissement de cet intestin ; 2° contre son inflammation chronique ou récidivante ; 3° contre les fistules stercorales; 4° contre le rétrécissement du cœcum et son ulcération.

V. **Le curettage utérin contre les endométrites chroniques.** — En Belgique, comme ailleurs, on s'est élevé, dans ces derniers temps, contre cette opération pour un moment fort en vogue. M. Hicquet s'élève à son tour contre les protestataires et, tout en reconnaissant l'impuissance du curettage contre les

Digitized by Google

salpingites purulentes ou autres, il la proclame supérieure à toutes les autres médications contre les endométrites chroniques simples.

Sa technique préférée est la suivante: 1° comme spéculum, adoptrer celui à quatre valves; 2° habituellement, pas de chloroformisation; 3° dilatation rapide avec le dilatateur de Sims; 4° râclage des tissus malades avec la curette tranchante; 5° irrigations phéniquées intra-utérines après le râclage, puis injection de teinture d'iode; 6° tamponnement et bourrage de la cavité utérine et du canal vaginal avec la gaze antiseptique. N. D.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 9 novembre 1891.

La contagiosité du cancer. — Dans une observation, de M. Roux, il s'agit d'un malade de 65 ans, qui fut emporté par un cancer de l'estomac. Sa femme, d'une santé excellente, l'avait soigné pendant toute sa maladie. Quelque temps après la mort de son mari, elle ressentit les premiers symptômes d'un cancer stomacal qui l'enleva en quelques mois.

Dans le deuxième cas, un homme de 75 ans, portait depuis 45 ans un enchondrome de la parotide, qui était resté silencieux pendant tout ce temps. La femme de ce malade fut atteinte d'un cancer rectal; elle succomba au bout de 6 mois. Trois mois après son décès, le mari éprouva des douleurs vives dans son enchondrome dont le volume augmenta rapidement. Puis la peau s'ulcéra; un cancer de la parotide se développa rapidement et le malade mourut d'hémorrhagie et de cachexie.

M. Schwartz. — Le diagnostic est-il bien certain?

M. Roux. — Autant qu'on peut être affirmatif en l'absence d'autopsie. Des hommes de valeur ont été d'accord sur ce diagnostic. Je ne prends pas parti, mais je livre ces faits, qui m'ont paru intéressants, pour instruire le procès de la *contagiosité du cancer.*

M. Potherat. — Ce serait par inoculation directe que, dans le premier cas, la contamination se serait faite? C'est possible, mais bien incertain; on ne peut s'empêcher de rapprocher la fréquence du cancer du col de l'utérus de la rareté du cancer de l'urèthre et du pénis. Toutefois il faut reconnaître que les quelques documents que nous possédons à ce jour sur la question de l'inoculabilité du cancer semblent plaider en faveur de cette inoculabilité.

De l'influence de l'épidémie de grippe sur la quantité des naissances à Paris en 1890, par M. Rœser (Voir p. 786).

Traitement chirurgical des kystes suppurés de l'ovaire, par M. Schwartz. (Voir p. 756).

M. Tripet. — Combien a-t-on injecté de caféine et d'éther?

M. Schwartz. — Trois grammes de caféine et dix seringues d'éther.

M. Roux. — J'ai accouché une dame qui présentait un kyste de l'ovaire. C'était une deuxième grossesse, et c'est après l'accouchement que j'ai reconnu le kyste. Je suis donc d'accord avec M. Schwartz pour admettre la difficulté du diagnostic de kyste de l'ovaire au cours de la grossesse.

M. Potherat signale un cas de kyste de l'ovaire accompagnant une grossesse, cas qui, par sa gravité et les complications opératoires, se rapproche considérablement du cas de M. Schwartz. Il y avait adhérence du kyste de toutes parts; la décortication put être effectuée en totalité. La malade opérée il y 9 jours peut être considérée comme guérie. L'origine des accidents très graves remontait à l'accouchement, et ces accidents étaient dus à une torsion du pédicule.

M. Tripet. — Peut-on permettre à une malade atteinte d'ovarite de devenir enceinte?

M. Schwartz. — Il m'est difficile de répondre à cette question, mais s'il y a kyste, il faut d'abord opérer. J'ajouterai que l'observation de M. Potherat complète la mienne en montrant les accidents auxquels peuvent être exposées les malades atteintes de kyste de l'ovaire au cours de la grossesse.

Résultats éloignés de la résection simple du scrotum comme traitement de la varicocèle, par M. Wickham. (Voir p. 781).

M. Schwartz. — Il y a plusieurs points à discuter dans le mémoire intéressant de M. Wickham; il y a d'abord la question de récidive, je la laisse; il y a en second lieu, le manuel opératoire sur lequel je veux insister. J'ai fait la résection simple et la résection du scrotum combinée avec la résection des veines. J'ai fait la résection simple pour des scrotums flasques et de petits varicocèles; j'en ai obtenu d'excellents résultats. Mais je n'emploie pas d'instruments spéciaux, en particulier pas le clamp. Je tends la peau, je saisis avec les doigts, et je sectionne simplement avec les ciseaux; je n'ai jamais eu d'hémorrhagie sérieuse; mais il faut faire une suture à points très serrés pour éviter l'infection et l'hémorrhagie.

M. Wickham. — Le clamp n'a pas pour but de prévenir l'hémorrhagie; mais c'est grâce à lui qu'on peut enlever le maximum de peau du scrotum. Avec la main on n'arriverait pas à enlever autant de peau. Or, la quantité de peau enlevée est l'élément essentiel du succès. Il faut que la peau, largement réséquée et très réduite de surface, puisse comprimer les veines contre les orifices inguinaux.

M. Schwartz. — Avec les doigts on en enlève une quantité suffisante, et l'opération est des plus simples.

M. Desnos. — M. Wickham n'a peut-être pas assez insisté sur l'état consécutif des veines du scrotum, après la résection.

Chez deux malades, j'ai vu au bout de quelques mois les veines revenues à l'état normal. Quant au manuel opératoire, le clamp tend littéralement la peau sur les testicules, et je doute que les doigts puissent agir de même et surtout continuer leur action. Or, la compression considérable qui résulte de la résection, amène ce retour *ad intégrum* des veines du scrotum.

M. Schwartz. — Ce n'est pas cet état des veines qui est le point important; ce qu'il faut, c'est que le scrotum soit assez court pour comprimer le testicule et ses annexes contre les anneaux, or j'obtiens ce résultat par mon *modus faciendi.*

M. Wickham. — Je mets M. Schwartz au défi de réséquer avec les doigts autant de peau qu'avec le clamp.

M. Tripet. — M. Schwartz, a-t-il observé des godets à la suite de la suture?

M. Schwartz. — La suture est absolument linéaire, voici d'ailleurs comment je procède: je fais tendre le scrotum au maximum par un aide; avec les doigts je refoule les testicules contre les anneaux, puis je sectionne au delà de mes doigts. L'aide alors saisit les deux extrémités de l'incision et tend les lèvres, ce qui les accole en une ligne absolument linéaire; je fais de suite les sutures superficielles, puis je comprime à l'aide d'un bandage périnéal. L'opération dure 20 à 25 minutes.

M. Wickham. — Je répète que le clamp est préférable, qu'avec lui on peut davantage qu'avec les doigts; avec ceux-ci je doute que l'on puisse, comme avec le clamp, enlever la peau jusqu'à la racine des bourses sur le périnée.

Dr. E. Potherat.

Digitized by Google

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 décembre 1891

Présidence de M. le Dr Terrier.

Cure des varices et des ulcères variqueux. — M. Félizet. — La ligature de la veine saphène et l'extirpation l'un paquet variqueux pour le traitement d'un ulcère datant de huit mois seulement, est une opération qui est peut-être un peu hâtive. Ce mode d'intervention faisait l'objet du mémoire de M. Cerné, de Rouen, dont M. Quenu nous a rendu compte dans l'une des dernières séances. La guérison d'ailleurs ne fut pas très rapide, puisqu'elle ne se produisit qu'au bout de trois mois. Il existe une méthode plus simple, imaginée et pratiquée un grand nombre de fois avec succès par Dolbeau et ses élèves, et qui convient particulièrement aux ulcères rebelles, aux pansements et à l'antisepsie. Dolbeau faisait une incision circonférencielle autour de l'ulcère, à un centimètre et demi à deux centimètres en dehors de ses bords, incision profonde divisant jusqu'aux grosses veines sous-cutanées. Il en résultait une hémorrhagie que l'on arrêtait très facilement par la compression.

Cette opération répondait à diverses indications que l'on doit s'efforcer de remplir pour obtenir la cicatrisation rapide de l'ulcère : — 1° suppression de la tension vasculaire veineuse par la section des veines sous-cutanées ; 2° libération mécanique des bords de l'ulcère dont le rapprochement est beaucoup plus rapide et affaissement de ces bords calleux et indurés qui se transforment en tissu bourgeonnant ; 3° traitement par l'émission sanguine locale directe du phlegmon chronique qui entoure l'ulcère et en empêche la cicatrisation ; 4° enfin la circonvallation ainsi pratiquée fait vivre l'ulcère par la circulation profonde qui est de ce fait rendue plus active : d'où la résorption de la périostose que l'on observe parfois sur la face profonde de ces plaies.

Le traitement des ulcères rebelles comprend donc plusieurs indications dont une seule est remplie par la ligature veineuse et l'extirpation d'un paquet variqueux.

M. Reynier a pratiqué plusieurs fois la ligature et la résection de la veine saphène interne pour des ulcères de jambe et des varices non ulcérées, suivant la méthode de Trendelenburg. Chez un homme atteint d'ulcère variqueux rebelle, il pratiqua il y a quatre ans la ligature de la veine saphène et la résection d'un paquet variqueux au-dessus du condyle interne du fémur ; la guérison de l'ulcère ne fut pas accélérée par la ligature et l'extirpation des veines ; mais un an après l'état du malade était sensiblement amélioré, les varices avaient diminué de volume, et il marchait beaucoup plus facilement. Ces résultats avaient d'ailleurs été signalés par Trendelenburg, qui, lui-même atteint de varices volumineuses, se fit faire cette opération et observa par la suite la diminution des troncs variqueux et une amélioration de tous les symptômes qu'il éprouvait auparavant.

M. Championnière a coutume de faire depuis dix ans des ligatures multiples de la saphène à différentes hauteurs, et il en a obtenu une diminution considérable du volume des veines et la cicatrisation rapide des ulcères. Toutefois cette opération n'empêche pas toujours la récidive des varices et des ulcères.

M. Schwartz a revu dernièrement le malade opéré au mois d'avril et auquel il fit quatre ligatures étagées de la saphène avec résection du paquet variqueux ; il ne souffre plus de ses varices qui sont très diminuées, l'ulcère ne s'est pas reproduit.

Etiologie des varices. — M. Félizet. — L'intervention chirurgicale ne peut faire disparaître complètement les varices. Il ne faut pas oublier en effet que ceux qui en sont atteints ont des arthritiques, et les porteurs d'ulcères variqueux des alcooliques arthritiques dans la grande majorité des cas.

M. Quenu. Il serait à démontrer que l'arthritisme et l'alcoolisme peuvent déterminer des varices et des ulcères. L'arthritisme n'est pas l'apanage exclusif des pauvres, et cependant les varices sont beaucoup plus fréquentes chez eux. Quant aux ulcères, ils s'observent aussi bien chez les alcooliques que chez les individus sobres.

M. Felizet n'a pas assez tenu compte des troubles trophiques consécutifs à la névrite du sciatique que l'on observe chez les sujets variqueux.

Tout le monde est d'accord sur la nécessité d'opérer certains ulcères variqueux. La ligature de la saphène convient aux ulcères anciens et rebelles. Au contraire, les ulcères multiples à développement rapide, consécutifs aux pustules d'ecthyma, peuvent guérir par des soins médicaux. Leur récidive est d'ailleurs fréquente.

M. Kirmisson a observé aux consultations du bureau central un grand nombre d'ulcères variqueux ; les conditions prédisposantes les plus fréquentes lui ont semblé être l'arthritisme et l'alcoolisme ; il n'a constaté que rarement des troubles sensitifs ; il pense donc que les métrites ne jouent pas le principal rôle dans la production des ulcères.

Comme tout le monde, il a observé des ulcères chez de jeunes sujets non alcooliques ; l'action vraiment héroïque du traitement spécifique lui a montré que, dans ce cas, on devait souvent incriminer la syphilis héréditaire.

M. Verneuil. Dans la pathogénie des varices et des ulcères, on doit tenir grand compte de l'association des diathèses : l'arthritisme et l'alcoolisme ; mais ce ne sont pas les seules causes. L'hérédité des varices existe et doit être invoquée.

Une troisième catégorie, très importante, comprend les cas hybrides, imputables à l'hérédité syphilo arthritico-variqueuse.

Ces cas sont curables par l'usage de l'iodure de potassium, qui montre le rôle rempli par la syphilis héréditaire.

Enfin les malades, tels que les cardiaques, qui ont des troubles de la circulation générale, présentent parfois des ulcères extrêmement rebelles.

M. Berger. Il existe chez les jeunes sujets plusieurs variétés d'ulcères que l'on ne doit pas confondre. Les uns, imputables à la syphilis héréditaire, guérissent bien par l'iodure de potassium. Gosselin en faisait le diagnostic avant même d'appliquer le traitement explorateur ; il les distinguait d'après leur siège sur la partie externe du membre, leur forme, leur multiplicité.

D'autres ulcères se rencontrent chez les jeunes sujets non syphilitiques, indemnes de varices, mais de constitution lymphatique, ayant des engelures, des ulcérations des orteils en hiver. Ces ulcères sont en général énormes, tenaces, et doivent être traités par les méthodes autoplastiques.

Quant à la méthode de Dolbeau, il l'a pratiquée souvent avec de bons résultats. Après l'incision circonférencielle intéressant le tissu cellulaire sous-cutané et les gros troncs veineux profonds, l'ulcère blanchit, ses bords se rapprochent et la cicatrisation est très accélérée.

M. Terrier a étudié il y a dix ans, à la Salpêtrière, les troubles de la sensibilité dans les ulcères variqueux anciens et étendus, et a constaté, en collaboration avec M. Charcot, l'existence de névrites à forme ascendante. Ces lésions ont été rencontrées à une période avancée de la maladie. Il ne peut donc fixer leur rôle dans la pathogénie des ulcères variqueux.

En présence d'un ulcère de jambe, on doit d'abord en déterminer la variété et lui appliquer ensuite le traitement approprié.

Dr H. Marciguey.

Digitized by Google

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 décembre 1891

Présidence de M. le Dr Labbé

Epidémie de grippe dans un hospice de vieillards. — M. Comby a observé au mois de novembre dernier une épidémie de grippe qui a sévi sur les pensionnaires de l'asile Chardon-Lagache, à Auteuil. Il fait remarquer que pendant l'épidémie des mois de décembre et janvier 1889-1890, aucun décès ne s'était produit dans cet hospice; il n'en a pas été de même cette année. Sur 142 pensionnaires, 29 ont été atteints par la grippe et 7 ont succombé. Le premier cas s'est déclaré le 29 octobre, le dernier, le 2 décembre. Tous les malades ont présenté à peu près les mêmes symptômes.

L'affection débutait par un malaise subit, de la céphalalgie, un état saburral de la langue, bientôt on observait des phénomènes de bronchite, une toux quinteuse, une expectoration très abondante muco-purulente, ou tout à fait purulente, une oppression vive allant jusqu'à l'orthopnée. L'auscultation faisait percevoir dans la poitrine de nombreux râles sibilants et sous-crépitants. Quatre fois il y eut complication de pneumonie. M. Netter, qui a examiné les crachats purulents au point de vue bactériologique, y trouva des pneumocoques en grande abondance, à l'exclusion de tout autre microbe.

Cette épidémie est restée cantonnée dans cette hospice, quoiqu'aucune mesure de prophylaxie n'ait été prise. L'hôpital Sainte-Périne et les quartiers voisins d'Auteuil ont été épargnés.

En raison de l'abattement qu'il constatait chez ces vieillards déjà affaiblis par l'âge, M. Comby a surtout employé la médication tonique : potion de Todd, champagne, extrait de quinquina, la quinine (1 gr. pro die), l'antipyrine.. Le chlorhydrate d'ammoniaque (2 à 3 gr. pro die), lui a donné d'excellents résultats. Comme réactif il a employé les ventouses, à l'exclusion des vésicatoires pour ne pas diminuer les forces.

M. Barié a observé à la même époque une épidémie locale à l'hospice des Ménages, qui s'est plusieurs fois compliquée de broncho-pneumonies graves. Les crachats examinés au point de vue bactériologique, ne contenaient pas seulement des pneumocoques, mais aussi des streptocoques.

Infection par le bacterium coli commune. — M. Chantemesse rapporte deux cas d'infection par cette bactérie Dans le premier, il s'agit d'un vieillard qui succomba très rapidement présentant tous les signes du choléra nostras. A l'autopsie, on constata une infection limitée à toute la cavité intestinale, déterminée par la présence du bacterium coli dans l'intestin et dans l'épaisseur de ses parois.

Le second cas est plus complexe. On sait que M. Verneuil a signalé des infections produites par le contenu du sac herniaire dans lequel M. Neveu a découvert des microbes. La seconde observation est aussi un exemple d'infection secondaire.

Une femme enceinte entre dans le service de M Chantemesse avec des signes de péritonite et un utérus en rétroversion. Celle-ci est réduite ; la malade allait guérir, lorque survient un avortement qui se complique d'infection putride. Le curettage fut pratiqué; néanmoins le malade succomba quatorze jours après de péritonite. Les lambeaux de la muqueuse utérine contenaient le bacterium coli commune.

Chez ces deux malades, on ne remarqua aucune lésion qui rappelât celles de la fièvre typhoïde, quoique récemment on ait voulu faire jouer au bactérium coli commune le même rôle qu'au bacille d'Eberth dans la production de la dothiénentérie.

Un cas de syringomyélie. — M. Desnos présente un homme, alcoolique et syphilitique, qui depuis dix mois marche difficilement. Il traîne les jambes, éprouve des secousses convulsives dans les cuisses, des raideurs dans les mollets quand il veut marcher, puis ces phénomènes cessent et il continue le mouvement commencé. On observe de plus de la parésie du membre supérieur droit, avec atrophie des muscles de l'éminence thénar et des interosseux. Le reflexe rotulien est exagéré, on provoque facilement de l'épilepsie spinale dans les membres inférieurs.

Le phénomène le plus important et pathognomonique est la dissociation de la sensibilité sur un segment considérable des membres inférieurs ; sur la région pelvienne et les cuisses il a complètement perdu la sensibilité et la chaleur (thermo-anesthésie). On peut le toucher avec un fer rouge sans qu'il sente autre chose que le contact. La sensibilité tactile est conservée.

Le traitement spécifique n'a amené aucun résultat.

Etiologie des dyspepsies. — M. Mathieu rapporte 54 observations de dyspepsies, dans lesquelles l'affection s'est déclarée après des émotions violentes chez des individus jusque-là bien portants. D'après cet auteur, les divers modes de dyspepsies : hyperchorhydrie, hypochlorhydrie, dyspepsie nervo-motrice, peuvent se montrer sous l'influence de la même cause morale.

Mutations dans les hôpitaux. — A la suite de la retraite de MM. Dumontpallier et Cadet de Gassicourt, les changements suivants ont lieu dans les hôpitaux :

M. Cornil va à l'Hôtel-Dieu. — M. Moizard, à Trousseau. — M. Bouchard, à la Charité. — M. Troisier, à Lariboisière. — M. Faisans, à la Pitié. — MM. Barié et Comby, à Tenon. — M. Chantemesse, à l'hospice des Ménages.— M. Lépine, (de Lyon), à l'hospice Sainte-Périne. H. M.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 10 décembre 1891

Présidence de M. le Dr Luillier

Le râclage du lupus. — La méthode de Wolkmann expose les lupeux aux généralisations tuberculeuses par auto-inoculations. On connait ce danger. M. Broca ne le nie pas; néanmoins, il conseille le râclage contre les lupus trop étendus pour être accessibles aux traitements dermatologiques, et en prouve l'utilité par trois faits cliniques : 1° Un lupus occupant le pied et la jambe ; 2° Un lupus récidivant de la joue ; 3° Un autre lupus facial rapidement envahissant.

Les suites immédiates de l'opération ont été heureuses, mais ces résultats étaient passagers. Le lupus n'était pas guéri, il *paraissait* guéri. Le seul avantage, considérable d'ailleurs, de ce traitement chirurgical a été de modifier le processus lupeux et de le rendre accessible aux moyens dermatologiques : scarifications, ignipunctures, etc.

Ajoutons que M. Broca redoute peu les auto-inoculations traumatiques quand l'intervention chirurgicale est complète et aseptique.

Action dite tabétogène du mercure. — On a prétendu que le mercure était cause de la fréquence du tabes des syphiliques. M. Fournier veut, au moyen de la statistique, combattre cette opinion hypothétique. Sur 321 cas de tabes syphilitique il a constaté que dans 24 le mercure était complètement hors de cause puisque ces tabétiques n'avaient point ingéré ce médicament. Il a noté aussi la rareté des accidents tabétiques a raison directe de la prolongation du traitement spécifique. Conséquemment, la prétendue action tabétogène du mercure est une erreur.

Quant à l'impuissance fréquente du traitement spécifique, M. Fournier l'attribue non pas au mercure ou à l'iodure ; mais bien au thérapeutiste qui croit avoir tout fait en les prescrivant et qui oublie de conjurer les manifestations morbides, dont la syphilis a pu provoquer l'éveil. C'est ainsi qu'aux nerveux, il

Digitized by Google

faut avec le médicament spécifique conseiller les nervins avec l'hygiène spéciale, l'hydrothérapie, etc. On ne saurait contester la légitimité de ces judicieuses remarques. L. D.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 *décembre* 1891

Présidence de M. le Dr TARNIER

Dans cette séance générale annuelle, on a distribué les récompenses suivantes :

Prix de 1891. — *Prix de l'Académie.* — 1,000 francs. Question : De la part de l'air dans la transmission de la fièvre typhoïde. 1° 500 francs à M. le Dr Icard (de Béziers ; 2° 250 francs à M. le Dr Delahousse (de Limoges). 3° 250 francs à M. le Dr Albert Boucher (à Verdun).

Prix Alvarenga. — 800 francs. 1° M. le Dr Frédéric Bateman (de Londres), pour son traité : *On aphasia of speech and the location of the Faculty of articulate language* ; 2° M. le Dr Félix Legueu (de Paris), pour son ouvrage : Des calculs du rein et de l'uretère au point de vue chirurgical.

Mentions honorables à MM. les Drs Blocq (de Paris) : Affection caractérisée par de l'astasie et de l'abasie ; Labit (à Cosne) : Topographie médicale et anthropologique du département de la Nièvre ; Legrain (de Paris) : Hérédité et alcoolisme ; — De l'alcoolisme dans ses rapports avec l'hérédité descendante.

Prix Barbier. — 2,500 francs. (Pas de prix). Encouragement : 1° 500 francs à M. le Dr Thoinot (de Paris) : Enquête sur les foyers de la fièvre typhoïde en France.

Prix Henri Buignet. — 1,500 francs. — L'Académie décerne le prix à M. Patein (de Paris), pharmacien en chef de l'hôpital Lariboisière, pour ses ouvrages sur l'albuminurie consécutive aux inhalations chloroformiques ; — Sur une cause d'erreur dans la recherche et le dosage de l'albumine.

Prix Capuron. — 1,000 francs : De l'action des eaux salines sur les fibromes utérins. Mention honorable à M. le Dr Versepuy(de Saint-Nectaire).

Prix Civrieux. — 900 fr. — Question : Des rémissions dans la paralysie générale des aliénés. — Partagé entre MM. L. Camuset, médecin-directeur de l'asile de Bonneval, et Vallon, médecin en chef à l'asile de Villejuif (Seine). Mention honorable à M. Bernard, médecin à la Ruche (Ille et-Vilaine).

Prix Daudet. — 1,000 francs. — Question : Du traitement chirurgical du goitre et de ses conséquences immédiates ou éloignées. Encouragements de : 1° 500 francs à M. le Dr J. Berry, chirurgien au Royal Free Hospital (London) ; 2° 500 francs à M. le Dr Léon Gallez (de Belgique).

Prix Desportes. — 1,300 francs. A M. le Dr Brocq (1) (de Paris), pour son Traité des maladies de la peau. Mention honorable à M. le Dr Burlureaux, professeur au Val-de-Grâce, pour son travail du traitement tuberculeux par la créosote à haute dose en injections sous-cutanées.

Concours Vulfranc Gerdy. — L'Académie a versé, en 1891, 2,000 francs à M. Gresset (rapport sur les eaux de Salins (Jura), en 1890, et mission, en 1891, à Contrexéville) ; 2,000 francs à M. Gauly (rapport sur les eaux de Bagnières-de-Bigorre, en 1890, et mission en 1891, à Martigny-les-Bains) ; 3,500 francs à M. Cathelineau (rapport sur les eaux de Saint-Nectaire, en 1890, et ses missions en 1891 à Salies-de-Béarn) ; 3,000 francs à M. Matton, pour ses missions en 1891, à Maizières (Côte-d'Or) et à Dax (Landes).

Prix Ernest Godard. — 1,000 francs. — Partagé entre MM. Kirmisson (de Paris), pour ses leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur, Félizet (de Paris), pour son ouvrage sur la cure radicale des hernies particulièrement chez les enfants, et M. Ch. Répin, interne des hôpitaux de Paris : Origine pathénogénétique des kystes dermoïdes de l'ovaire.

Prix de l'hygiène de l'enfance. — 1,000 francs. — Question : Déterminer quels sont dans l'allaitement artificiel des enfants du premier âge, la valeurs et les effets, soit du lait cru et tiédi au bain-marie, soit du lait bouilli. — Partagé entre M. le Dr Henry Drouet (de Paris), et M. le Dr Séverin Icard (de Marseille).

Mention honorable à M. le Dr Emile Thomas (de Genève).

Prix Itard. — 2,700 francs. — 2,000 francs à M. le Dr Duroziez (de Paris), pour son traité clinique des maladies du cœur ; et des encouragements de 350 francs à MM. les Drs Gouguenheim et Paul Tissier (de Paris), pour leur ouvrage sur la phtisie laryngée, et Duval (de Paris), pour son traité pratique et clinique d'hydrothérapie.

Prix Loborie. — 5,000 francs. — Partagé entre MM. les Drs Paul Thiéry (de Paris) : De la tuberculose chirurgicale, suites immédiates et éloignées de l'intervention, traitement pré et post opératoire ; Delbet (de Paris) : Des suppurations pelviennes chez la femme ; Delorme, professeur au Val-de Grâce, pour ses mémoires sur les types des fractures des diaphyses par les balles. — Et sur la séméiologie générale de ces fractures et sur la séméiologie spéciale de leur groupes et de leur variété.

Mentions honorables à MM. Marcel Baudoin (de Paris) : Hystéropexie abdominale antérieure et opérations sus-pubiennes dans les rétrodéviations de l'utérus ; René Léon Le Fort, stagiaire au Val-de-Grâce : La topographie crânio-cérébrale ; Applications chirurgicales — et Wickham (de Paris) : Contribution à l'étude des psorospermoses cutanées et de certaines formes de cancer (maladie de la peau dite maladie de Paget).

Prix Laval. — 1,000 francs. A M. Martin Durr, interne des hôpitaux de Paris.

Prix Meynot. — 2,600 francs. — 1,600 francs à M. le Dr Nicati (de Marseille) : La glande de l'humeur aqueuse ; — Récompenses de 500 francs à MM. les Drs Valude (de Paris) : Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose oculaire ; et Georges Martin (de Bordeaux) : De l'amblyopie des astigmates.

Prix Adolphe Monbinne. — 1,500 francs. A M. le Dr Fernand Lagrange (de Limoges) : La gymnastique suédoise étudiée à Stockholm.

Prix Nativelle. — 300 francs. A M. Houdas, préparateur de chimie à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris : Contribution à l'histoire chimique de la digitale.

Prix Portal. — 800 francs. — Question : Anatomie pathologique des érysipèles. A M. Pierre Achalme, interne des hôpitaux de Paris. Mention honorable à M. Critzman, interne des hôpitaux de Paris.

Prix Vernois. — 700 francs. Partagé entre MM. les Drs Eugène Richard, médecin principal de l'armée : (Précis d'hygiène appliquée), et Carlier, médecin-major : (Recherches antropométriques sur la croissance).

Questions mises au concours pour l'année 1892. — Les concours seront clos fin février 1892.

Prix de l'Académie. — Phénomènes circulatoires, thermiques et chimiques de la contraction des muscles striés.

Prix Capuron. — De la phlegmatia alba dolens au point de vue obstétrical.

Prix Civrieux. — Etablir, par des recherches cliniques et anatomo-pathologiques, la nature des pseudo-paralysies saturnine et alcoolique.

Prix Daudet. — Leucoplasie buccale.

Prix Falret. — Accidents nerveux de l'urémie.

(1) Nous félicitons chaleureusement notre distingué collaborateur de cette distinction si méritée. (N. de la R.).

Digitized by Google

Prix de l'hygiène de l'enfance. — Prophylaxie de la syphilis dans l'allaitement.

Prix Louis. — De l'eau froide dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Prix Mège. — Des saignées locales.

Prix Orfila. — Existe-t-il dans l'air, dans l'eau ou dans le sol des corps de nature animée ou purement chimiques, aptes à développer l'impaludisme lorsque, par les moyens ordinaires ou expérimentaux, ils s'introduisent dans l'économie animale?

Prix Pourat. — Déterminer expérimentalement le mode de contraction et d'innervation des vaisseaux lymphatiques.

Prix Portal — Anatomie pathologique du corps thyroïde.

Questions mises au concours pour l'année 1893. — *Prix de l'Académie.* — Des origines et des modes de transmission des cancers.

Prix Capuron. — De l'influence des maladies de la mère sur le fœtus et réciproquement de l'influence des maladies du fœtus sur l'état de santé de la mère.

Prix Civrieux — Des troubles de l'intelligence dans la fièvre typhoïde.

Prix Daudet. — Des parotidites.

Prix Lefèvre. — De la mélancolie.

Prix Portal — Les luxations congénitales de la hanche.

Prix Pourat. — Déterminer, à l'aide de l'expérimentation et de la physiologie pathologique, le rôle du pancréas dans la glycogénie et la glycosurie diabétique.

Pour l'année 1894. — *Prix de l'Académie.* — De l'étiologie de la grippe.

Prix Capuron: Etude comparative sur le traitement hydrologique du diabète sucré.

Prix Civrieux: Des troubles du langage chez les aliénés.

Prix Daudet: De l'hystérectomie totale et de sa valeur dans le traitement du cancer de l'utérus.

Prix Falret: Les somnambulismes.

Prix Herpin: Du traitement abortif de l'érysipèle.

Prix Portal: Anatomie pathologique des maladies causées par le bactérium coli commune.

Prix Pourat: De la tension sanguine intra-vasculaire.

BULLETIN DE LA SEMAINE

L'enseignement municipal de la médecine

Dans une seule semaine, trois manifestations relatives à l'organisation de l'enseignement médical parisien; est-ce trop? Non; le *Journal des praticiens* ne saurait regretter cette agitation de l'opinion qu'il a eu l'honneur de provoquer.

— 1° Sur les murs, une *affiche collective*, administrative et sur papier blanc! Elle énumère les cours et conférences de soixante-seize médecins, chirurgiens ou accoucheurs des hôpitaux, volontaires de l'enseignement libre.

Voilà donc la réalisation du vœu que le directeur de ce journal, M. H. Huchard, a formulé itérativement dans ces colonnes depuis le mois de novembre 1888, et que notre estimé confrère Bourneville avait, lui aussi, formulé. Cette affiche, nos lecteurs peuvent s'en rendre compte, reproduit le tableau récapitulatif de l'enseignement des hôpitaux, que la *Revue générale de clinique et de therapeutique* a publié dans son supplément de mai 1891. Le document administratif actuel n'est donc pas une simple révélation; il vaut plus, d'ailleurs; c'est un aveu.

Nos félicitations à l'administration pour l'honneur inespéré qu'elle nous accorde en continuant officiellement ce que, par notre initiative, le *Journal des praticiens* avait commencé.

— 2° A la Société médicale des hôpitaux, un incident de séance: le retour d'un enfant prodigue, M. Lépine; lyonnais depuis douze ans, parisien par vocation; sa réintégration au bureau central; son inscription sur les listes de chefs de service des hôpitaux de Paris; enfin quelques-uns de ses collègues, condamnés à lui céder la place, et avec émotion, dans cette fête du retour, jouant le rôle ingrat « du veau gras dévoré malgré lui »! Bref, voilà le présage de la transformation probable de la chaire de pharmacologie de la Faculté de Paris en chaire de thérapeutique.

Ce projet est dans l'air depuis longtemps. En mai 1890, la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* l'annonçait et, dans un bulletin de la semaine, donnait les raisons qui en retardaient alors l'exécution. L'incident de vendredi dernier justifie une fois encore l'exactitude de cette information: nouvelle preuve que notre indépendance absolue nous permet non seulement d'apprécier le fait du jour, mais encore de dénoncer, à l'avance, celui du lendemain.

— 3° Au Conseil de surveillance de l'Assistance publique on discute le *mémoire* en cinq chapitres où M. Peyron a, écrit-il, consigné « ses vues » sur l'*enseignement de la médecine dans les hôpitaux.*

En abrégé, les voici:

I. Tout en respectant le principe de la répartition des élèves en groupes peu nombreux, il croit qu'il y aurait un intérêt à faire porter sur un seul hôpital la principale partie des sacrifices que la ville de Paris paraît disposée à s'imposer.

Tous les chefs de service de cet hôpital devraient assurer une série de leçons cliniques (*médecine et chirurgie*) et des matinées de présentation de malades suivant un roulement à établir.

L'établissement choisi pour être le siège de l'enseignement clinique, subventionné par la ville de Paris, serait pourvu de laboratoires d'anatomie pathologique, de bactériologie et de chimie. Les autopsies y seraient régulièrement pratiquées chaque jour par le chef du laboratoire d'anatomie.

II. Quant aux *prévisions budgétaires* de cette organisation, en voici l'exposé: aménagement des laboratoires 20,000 francs; dépenses d'instruments 15,000 francs; entretien annuel 59.000 francs.

III. Dans *l'enseignement obstétrical*, M. Peyron autoriserait, même assez volontiers — il le déclare « après mûres réflexions » — la rétribution du maître par les élèves.

IV. Pour *l'enseignement dermatologique*, on doterait l'hôpital St-Louis d'un *assistant dermatologiste*, dont la principale fonction, aux yeux de l'administration, consisterait à s'occuper des traitements externes.

V. L'enseignement de l'anatomie à l'amphithéâtre des hôpitaux serait complété par un laboratoire de bactériologie et assuré par une rémunération plus satisfaisante des chefs de laboratoire.

L'heure viendra d'apprécier autrement qu'en quelques lignes « les vues » de l'Administration et les résolutions du Conseil de surveillance. Une remarque seulement: l'Administration propose de *localiser* l'enseignement dans un **seul hôpital**. L'opinion réclame la diffusion de cet enseignement dans *la plupart des hôpitaux* et par une organisation générale, l'utilisation d'immenses ressources cliniques actuellement perdues.

Comment s'entendre?

Digitized by Google

On parle de concurrence utile et d'une émulation nécessaire? Au lieu de cela, voilà un projet destiné, tout au plus, à préparer une succursale, pour l'enseignement de l'Etat, qui, l'occasion s'y prêtant, deviendra quelque jour son annexe, et ne sera jamais son émule.

On réclame la *spécialisation de l'hôpital Saint-Louis* et un *Institut municipal de dermatologie* suffisamment outillé pour lutter contre ceux de l'Etranger? C'est la nomination d'*un* assistant que l'on annonce : assistant désigné *par le choix ou par la faveur*, ayant l'unique *mission*, humanitaire mais impossible à remplir, de visiter quotidiennement des milliers de consultants externes et de surveiller leur traitement; enfin de jouer, vis-à-vis des chefs de service, le rôle d'un sous officier et, vis-à-vis des internes, qui, eux, du moins, sont nommés au concours, celui d'un brigadier!

Et la rétribution du maître par l'élève? On l'autorise dans les services d'accouchement, on la refuse dans ceux de médecine et de chirurgie? Mystère et contradiction!

Malgré ces objections et sans abandonner un seul instant les revendications dont le *Journal des Praticiens* est l'organe, je n'hésite pas à rendre hommage à cet effort que l'administration vient de faire, poussée un peu, il est vrai, par le Conseil municipal et pressée par l'opinion qui se fatigue d'attendre.

Tout cela, espérons-le, ne se bornera point « à des vues ».

Décidément, le chemin du progrès ressemble à celui du paradis. Bien des gens s'y engagent, qui ne le suivent pas jusqu'au bout! CH. ELOY.

NÉCROLOGIE

En France : MM les Drs Fabre (de Cassagnes); Parfait-Grout (du Petit-Quevilly); Tripier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, et Grandjean (de Void).

En Allemagne : M. le Dr Von Rothmund, professeur honoraire de chirurgie à la Faculté de Munich.

En Italie : M. le Dr Spantigati, privat docent de médecine opératoire à la Faculté de Turin.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

BARBACCI. — Périostite costale suppurée d'origine typhoïdique (*Sperimentale*, 15 sept. 1891).

BORDONI-UFFREDUZZI. — Virulence des crachats pneumoniques (*Cent f. med. Parasite.*, 18 sept. 1891).

CROUZET. — Cas d'hérédo syphilis tardive, oculaire et articulaire (*Recueil d'ophtalm.* oct. 1891, p. 585).

DINKLER. — De la nature de la sclérodermie (*Deut. Arch. f. klin med*, band 48, h. 5 et 6, 1891).

FERBES. — Réinfection syphilitique (*Berlin. klin. Woch.* 5 oct. 1891).

FRY. — La chorée sénile (*Journ. of new. and ment. diseases*, sept. 1891).

LANGERHANS. — Phtisie et tuberculose (*Berl. klin. Woch.*, 1891, n° 42).

PICK. — Sur la maladie de Morvan (*Prager Med. Woch.*, 28 sept. 1891).

PRECTORIUS. — Pleurésie syphilitique primitive (*Annales de la Société de méd. d'Anvers*, sept. 1891).

TRETZEL. — Rupture d'une valvule aortique par un effort (*Berlin klin. Woch*, 26 oct. 1891).

TOULOUSI. — Valeur diagnostique des organismes de Laveran (*Med. News*, sept. 1891).

PRIME A NOS ABONNÉS

Au 25 *décembre* prochain, paraîtra le tome II des *Mementos thérapeutiques du Praticien.*

Ce volume est la *continuation* de celui qui a paru l'année dernière et dont nous ne pouvons mieux exposer l'objet qu'en reproduisant l'avant-propos :

« *De la pratique, encore de la pratique,*
« *et toujours de la pratique.*

« Grouper pour le praticien tous les documents cli-
« niques et thérapeutiques d'actualité, lui présenter tous
« les travaux qui peuvent l'intéresser dans l'exercice
« de sa profession, en un mot, **faire de la pratique,**
« **encore de la pratique, et toujours de la pratique**,
« tel est le but que ce journal veut constamment et
« ardemment poursuivre. »

« C'est dans ces termes que j'exposais le programme de la *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, du *Journal des Praticiens*, dès sa fondation, en février 1887.

« C'est dans les mêmes termes que je présente aujourd'hui à nos lecteurs les *Mementos thérapeutiques*, destinés — comme je le disais encore à cette époque — « à résumer d'une manière clinique et conforme aux « dernières acquisitions de la science, les indications « et le traitement des diverses maladies. »

« La publication de ces Mementos sera continuée, de sorte qu'avec toute la série de ces volumes, le praticien sera bientôt en possession d'un traité complet — unique en son genre — de thérapeutique médicale, chirurgicale et obstétricale. Nous en ferons donc le *vademecum* du praticien. Tous ces volumes renfermeront un grand nombre de formules, et cependant il ne faudrait pas les confondre avec de simples formulaires, dont je ne veux pas médire, parce qu'ils ont eu leur utilité.

« Mais, la thérapeutique n'est pas seulement la science des médicaments, elle est surtout la science des médications et l'art de les appliquer; elle ne va pas sans la clinique dont nous n'avons jamais voulu la séparer dans le *Journal des Praticiens*; elle ne vit pas seulement de formules, mais elle s'appuie sur les indications (*ars tota in indicationibus*).

« C'est donc une thérapeutique *raisonnée* que nous publions. Le succès, chaque jour grandissant, de la *Revue de Clinique et de Thérapeutique* nous assure à l'avance le succès de cette publication que nous destinons aux praticiens.

« HENRI HUCHARD. »

Prix pour nos abonnés anciens et nouveaux :

Tome I ou tome II, pris isolément dans nos bureaux ..... 2 fr. 50.
Envoyé à domicile..... 3 fr. 25.
Les deux tomes réunis pris dans nos bureaux ..... 5 fr. »
Envoyés à domicile..... 6 fr. »

Le rédacteur en chef, co-gérant : C. ELOY.

PARIS.—IMP. CHARLES SCHLAEBER. 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE N° 52 23 DÉCEMBRE 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, BÉCLÈRE, BROCQ, DEMELIN, DU CASTEL, GINESTOU, Charles MAURIAC, PICQUÉ Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

AVIS. — L'Administration de la *Revue Générale de Clinique et de Thérapeutique* prie instamment ses souscripteurs de lui faire parvenir, en un mandat-poste, le montant de leur renouvellement pour l'année 1892 et d'y joindre l'une des dernières bandes du journal. *Ils éviteront ainsi les frais de recouvrement se montant à 75 centimes par quittance.*

Prime à nos Abonnés, *anciens et nouveaux* : voir page III.

REVUE GÉNÉRALE

Comment doit-on pratiquer la désinfection ?

Le transport des germes infectieux par les personnes qui approchent les malades ou par les objets qui servent à ceux-ci, est un mode de contagion dont les travaux récents montrent de plus en plus l'importance.

Cette transmission des principes morbifiques par des objets matériels n'est plus contestée pour la septicémie, l'érysipèle chirurgical, la suppuration, etc., et elle semble aussi se produire très fréquemment dans les maladies médicales ; c'est ainsi que l'on voit des objets ayant appartenu à des diphthériques, communiquer la maladie aux personnes qui en font usage longtemps après. De même les effets contaminés par les débris épidermiques provenant des scarlatineux peuvent porter au loin cette affection.

Dans cet ordre d'idées encore les observations de Grancher sur la rougeole sont extrêmement démonstratives ; dans une salle d'hôpital cette maladie, au lieu de se propager d'autant plus facilement aux autres enfants qu'ils sont plus rapprochés du foyer infectieux, ce qui arriverait si les germes se diffusaient également dans l'air, va irrégulièrement frapper tel ou tel malade couché assez loin du rougeoleux et une enquête fait reconnaître que l'infirmière passée d'un lit à un autre ou un jouet prêté par le premier malade a été l'agent de transmission. On peut même se demander si le danger que cause le voisinage d'un contagieux, ne tient pas plutôt à la multiplication des chances de contact qu'à l'atmosphère viciée qui entoure le malade.

On peut conclure de cela que, dans toutes les maladies transmissibles, la désinfection s'impose d'une façon urgente et qu'elle est le complément nécessaire de l'isolement trop souvent imparfaitement réalisable. Aussi, dans ces circonstances, le médecin, après avoir éloigné du malade toutes les personnes qui ne contribuent pas au traitement et avoir fait enlever de la pièce les tapis et meubles inutiles, qui pourraient être souillés, doit régler les détails des mesures prophylactiques nécessaires.

La source principale de la contagion réside dans les excrétions du malade, c'est-à-dire non seulement les selles, les urines et les matières vomies ou expectorées, mais encore tous les produits de la peau, squames épidermiques, suintement virulent, croûtes, etc. Le premier soin doit donc être d'entourer le malade d'une propreté absolument minutieuse, d'enlever toutes les excrétions avant qu'elles n'aient pu souiller d'autres objets (la chose est surtout importante pour les crachats) et de les stériliser le plus tôt possible. Suivant la nature de la maladie on insistera plus ou moins sur la stérilisation de tel ou tel produit, crachats ou selles, par exemple.

Comme l'on n'est jamais sûr que cette neutralisation des germes ait pu être opérée assez complètement et assez rapidement, il faut encore désinfecter tout ce qui a pu être en contact avec le malade et se charger de principes pathogènes soit directement, soit médiatement.

Le médecin doit donc, en résumé, assurer :

La désinfection des déjections, des produits de la peau, des linges et vêtements, du local et des meubles.

Enfin il doit exiger des garde-malades et de l'entourage du malade des précautions minutieuses.

Désinfection des déjections. — On peut employer pour cet usage l'une quelconque des solutions ci-après, qui sont suffisamment actives et relativement faciles à manier :

Solution de sulfate cuivre.....	1/20
— de chlorure de zinc....	1/10 à 1/20
— de chlorure de chaux..	1/20

Le lait de chaux est également très actif et stérilise en une demi-heure les selles typhiques, mais à condition d'être préparé extemporairement, ce qui en restreint l'emploi.

Une certaine quantité du liquide choisi sera versée dans les bassins et les crachoirs avant et après l'usage, afin d'assurer son mélange avec ces matières à désinfecter et de faciliter son action chimique. Il ne faut pas oublier d'ailleurs, que cette action n'est pas immédiate et que, pour obtenir la neutralisation complète des germes, il faut prolonger le contact plusieurs heures. La destruction des bacilles tuberculeux des crachats peut, à cause de son importance, être achevée par l'incinération ou l'immersion dans de l'eau dont le point d'ébullition a été élevé par l'addition de carbonate de soude (20 0/0).

Digitized by Google

Tout linge qui a été souillé par les déjections doit être enlevé le plus tôt possible et désinfecté.

Désinfection des produits de la peau. — Chaque fois que la maladie a produit des déterminations cutanées, les topiques et lavages antiseptiques doivent être employés, l'indication est urgente surtout pour les plaques d'érysipèle, les pustules varioliques, etc. Cette pratique, outre qu'elle met le malade à l'abri de certaines complications, a une grande valeur prophylactique.

Lorsque les linges sont chargés de squames ou de croutelles détachées de la peau, il faut avoir soin d'éviter la diffusion de ces produits dans l'air et retirer avec précaution ces linges et les plonger de suite dans une solution antiseptique.

On ne saurait trop recommander, à la fin des fièvres éruptives, la désinfection de la peau par des lotions de sublimé à 1/1000e, par des bains savonneux et par des topiques antiseptiques.

Précautions antiseptiques que doit observer l'entourage du malade. — Toutes les personnes qui concourent au traitement doivent s'astreindre à des précautions antiseptiques rigoureuses.

Après chaque examen ou chaque soin donné au malade, il est indispensable que les mains soient immédiatement lavées à grande eau, avec une brosse et du savon, puis plongées dans une solution antiseptique, soit la solution de sulfate de cuivre indiquée plus haut, que l'on étendra de trois fois son poids d eau (c'est-à-dire solution à 12 p. 1000), soit encore mieux la solution de sublimé au millième. L'adjonction d'alcool à cette solution n'est pas indispensable, mais augmente son pouvoir antiseptique.

Cette désinfection doit être immédiate, pour éviter la dissémination des germes sur divers objets, les vêtements en particulier.

Si la figure, la barbe ont été souillées, comme cela arrive souvent dans la diphtérie, par la projection de sécrétions buccales, une pulvérisation au sublimé devient nécessaire.

Enfin, pour les personnes qui séjournent longtemps auprès du malade, l'usage d'un vêtement spécial ou d'une blouse facile à désinfecter est une utile précaution.

Désinfection des linges. — La désinfection à l'étuve humide sous pression est la seule qui donne une sécurité absolue; elle devra être employée chaque fois que cela sera possible; mais, outre que dans bien des cas on est privé de cette ressource, ce procédé ne peut être utilisé immédiatement, et il est extrêmement important de purifier les linges le plus tôt possible.

Pour cela on les soumettra soit à l'action de l'eau bouillante pendant une demi-heure, soit à l'action de solutions antiseptiques choisies parmi celles qui détériorent le moins les tissus. La solution de sulfate de cuivre peut être utilisée à cet effet (solution à 50 p. 1000 pour les linges souillés et solution à 12 p. 1000 pour les linges non souillés. Après être restés plusieurs heures dans cette solution, les linges seront rincés puis envoyés à la lessive.

Désinfection du local. — L'aération méthodique de la pièce, pendant toute la durée de la maladie, est aussi importante pour le malade que pour les autres personnes présentes. Le renouvellement de l'air, outre son action physiologique salutaire, atténue aussi la virulence des germes peut-être en favorisant l'action comburante de l'oxygène.

Cette aération sera faite, suivant le cas, soit par l'ouverture des fenêtres, soit par l'exagération du tirage normal au moyen du feu ou d'un réchaud, ou même d'une veilleuse placée dans la cheminée.

On substituera au balayage de la pièce le passage sur le plancher d'un linge trempé dans une solution forte de sublimé (solution à 1 0/0 — hôpital d'Aubervilliers).

Enfin on surveillera l'enlèvement immédiat de toutes les déjections et des linges souillés.

Une fois la maladie terminée il importe de faire une désinfection complète de la pièce et de tout ce qu'elle contient.

Les planchers, boiseries et peintures seront lavés avec la solution de chlorure de zinc ou d'acide phénique à 5 0/0. La même solution de chlorure de zinc pourra être utilisée pour désinfecter les cabinets d'aisance et les plombs. Une circulaire du préfet de police 1889 prescrit de verser dans les plombs et cabinets d'aisance une solution de 500 gr. de chlorure de zinc dans 10 litres d'eau.

Les tentures et les meubles seront purifiés par la pulvérisation d'un solution de sublimé à 1 0/00. Guttmann conseille, pour enlever l'excès de sel mercuriel, de faire ensuite une pulvérisation de carbonate de soude à 1 0/0 qui transforme le sublimé en oxy-chlorure de mercure pulvérulent, le sel est facilement enlevé ensuite par le brossage.

Les objets de literie : couvertures, matelas, etc., ne peuvent être désinfectés complètement que par l'étuve. Lorsqu'on est privé de ce moyen, il faut y suppléer par les fumigations sulfureuses, qui ont une action plus pénétrante que les pulvérisations de liquides, et qui peuvent donner de bons résultats (Championnière, désinfection de l'ancien service des varioleux de Saint-Louis), lorsqu'on s'entoure de toutes les précautions voulues : saturation de l'atmosphère de la pièce par de la vapeur d'eau, occlusion aussi hermétique que possible pendant 24 heures. La quantité de soufre à faire brûler est de 40 à 60 gr par mètre cube. Pour faciliter l'action du gaz sulfureux, il est important d'étaler les objets à désinfecter et notamment de défaire les matelas et oreillers. Ce procédé, bien inférieur à celui de l'étuve, a de plus l inconvénient de rouiller ou de noircir les objets métalliques et d'altérer la couleur de certaines étoffes.

Quelque procédé que l'on ait employé, il faut compléter la désinfection par l'aération prolongée de la pièce et, s'il est possible, par l'exposition des couvertures, de la literie, etc. au grand air ou au soleil. Les heureux résultats obtenus par l'usage des salles de rechange dans les hôpitaux montrent l'intérêt qu'il y a à laisser une chambre « se reposer » lorsqu'un malade contagieux y a séjourné un certain temps.

Tel est l'ensemble des mesures prophylactiques que

Digitized by Google

l'on doit prendre, au moins dans les maladies graves ; chacune d'elles n'a pas d'ailleurs la même importance, et l'on ne doit pas perdre de vue que les plus utiles sont celles qui s'attaquent à la source du mal, en stérilisant le plus tôt possible les produits émanés du malade, les autres ne sont destinées qu'à suppléer à l'imperfection des premières.

Dr Merigot de Treigny.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

L'euphorbia pilulifera

Il en est de cette plante comme de la bryone dont M. Huchard parlait naguère à cette même place: c'est un médicament tellement ancien qu'il paraîtra nouveau. Très ancien, puisqu'avant les essais récents (1884) de Bancroft, de Matheson, de Tison, de Dujardin-Beaumetz et Marsset (1) qui mettent en relief ses propriétés antidyspnéiques, les seules qu'on lui reconnaisse aujourd'hui, il est vanté, à tort ou à raison, par Pison contre la morsure des serpents venimeux, par Ainslie en applications de suc frais sur les aphtes, par Poupée-Desportes dans la gonorrhée, par Descourtilz dans les diarrhées aiguës, sans doute parce qu'il renferme du tanin.

Très répandue dans les régions équatoriales (Amérique et Afrique tropicales, Australie, etc.), l'euphorbia pilulifera est une des 3,362 espèces fournies par la famille des Euphorbiacées. En thérapeutique on n'utilise pas son fruit; celui-ci, qui a valu à cette variété son épithète *pilulifera*, se compose de trois coques, adossées l'une à l'autre comme trois grains de café, carénées, rougeâtres d'abord, puis vertes, brunâtres quand elles sont sèches, couvertes de poils fauves et remplies de graines aiguës, oblongues, tétragones, rugueuses. On emploie la plante sèche (racines, tige, fleurs). Rouges à l'état frais, les racines sont, à l'état sec, d'un brun rougeâtre tout comme la tige qui est menue, ronde, hérissée de poils jaunâtres; les feuilles velues, que la dessication brunit, sont d'un beau vert foncé mêlé de rouge en dessus, ressemblant assez aux feuilles de la menthe verte et de la pariétaire. Très petites les fleurs sont groupées en capitules globuleux d'un blanc rouge pâle.

Tison s'est servi de la décoction de la plante sèche (15 grammes pour 2 litres d'eau auxquels il ajoutait 50 à 60 grammes d'alcool): à prendre trois à quatre verres à Bordeaux par jour. M. Dujardin-Beaumetz avait tout d'abord recommandé la teinture alcoolique au cinquième: X à XXX gouttes par jour; mais il ne tarda pas à remarquer que, même prise dans un véhicule abondant, au commencement des repas, cette teinture — par la gomme résine âcre que l'alcool a dissoute — détermine bien vite une douleur, une barre à l'épigastre et au niveau des attaches antérieures du diaphragme, une distension pénible de l'estomac avec anorexie et éructations, et qu'elle provoque des selles liquides. A l'heure actuelle on prescrit exclusivement l'extrait aqueux mou qui est préférable à l'extrait hydro-alcoolique: l'expérience démontre, en effet, que la plante traitée par l'eau seule n'abandonne plus, comme celle traitée par l'alcool, aucun principe actif aux dissolvants habituels. Evaporé à siccité, cet extrait aqueux est un corps brun rougeâtre, à cassure vitreuse, à odeur aromatique, à saveur faible : sa dose quotidienne est de 0 gr. 04 à 0 gr. 10 (Dujardin-Beaumetz). Il n'irrite pas le tube digestif, est fort bien toléré. Nous avons fait préparer, pour nos essais, la solution suivante:

Extrait aqueux mou d'euphorbia pilulifera...	1 gramme.
Eau distillée.....	ãã 50 grammes.
Glycérine.....	

On prend une cuiller à café, soit 0 gr. 05 d'extrait, au commencement des repas de midi et du soir, dans un bol d'infusion additionnée d'un sirop quelconque. A la potion iodurée pour 24 heures contre l'asthme ou certaines dyspnées cardiaques nous ajoutons deux cuillers à café de notre solution, soit 0 gr. 10 d'extrait, et à nos sirops iodurés autant de cuillers à café qu'il y a de fois 15 grammes dans la préparation. Le sirop d'euphorbia pilulifera de M. Petit est aussi dosé à 0 gr.05 d'extrait aqueux par cuillerée à soupe.

Les rares observations des auteurs en faveur des propriétés antidyspnéiques de cette plante ont surtout trait à l'asthme essentiel ou à l'asthme greffé sur l'emphysème pulmonaire. Elles démontrent — comme nous l'avons constaté, nous aussi — que le sujet soumis à l'euphorbia en pleine attaque d'asthme est rapidement soulagé, que l'attaque est abrégée en durée et en intensité, qu'après l'attaque les emphysémateux eux-mêmes n'ont plus d'oppression pendant un laps de temps variable, qu'ils respirent sans trop de gêne les poussières, les odeurs, les brouillards, qu'ils gravissent plus aisément les côtes; pour peu qu'on persévère dans l'usage du remède, les paroxysmes ne reviennent plus avec la même périodicité et s'éloignent de plus en plus. L'herbe bienfaisante ne hâte point la terminaison des accès en transformant les râles sibilants et ronflants en râles humides; elle n'agit pas à l'instar des expectorants, elle n'est pas davantage anticatarrhale.

J'ai voulu savoir si l'euphorbia est de quelque utilité dans la dyspnée cardiaque où Tison déclare s'en être bien trouvé. La soif d'air m'a paru aussi grande après qu'avant l'euphorbia dans les dyspnées cardiaque, cardio-pulmonaire ou cardio-hépatique symptomatiques des lésions mitrales ou aortiques arrivées à l'hyposystolie ou à l'amycardie, ou symptomatiques de la dilatation du cœur. L'association du bromure de potassium *larga manu*, de la teinture de lobélie, de l'extrait fluide de grindelia, de la teinture de jusquiame avec les toni-cardiaques artério-tenseurs, les purgatifs et les saignées, m'a semblé autrement efficace dans ces circonstances que l'association de ces derniers agents avec l'extrait aqueux d'euphorbia.

(1) A.-M. Marsset, Contribution à l'étude botanique, physiologique et thérapeutique de l'euphorbia pilulifera. (*Thèse de doct.*, Paris, 1884, n° 36.

Digitized by Google

Dans une vingtaine de cas, et tout récemment chez une femme de 68 ans, atteinte d'insuffisance aortique artérielle avec pouls capillaire visible jugo-frontal, sous-unguéal et palatin, j'ai réussi, à l'aide de ce médicament administré sans trêve pendant un mois, à soulager d'une façon très appréciable la dyspnée permanente, à rendre presqu'insignifiante la dyspnée d'effort et à espacer les accès de pseudo-asthme. Quoique légèrement artério-scléreuse des reins, cette femme a bien supporté ce produit. J'ai remarqué plusieurs fois que, même quand il existe de l'insuffisance rénale, l'euphorbia ne provoque pas d'accidents d'intolérance par accumulation des doses dans le sang. Aussi n'ai-je pas hésité à y avoir recours — non sans quelque avantage — concurremment avec le régime lacté absolu, contre les dyspnées toxiques ou ptomaïniques par imperméabilité des reins sclérosés.

Et cependant j'ai eu un insuccès dans un cas de dyspnée cardio-aortique à peu près analogue au précédent, chez un confrère du département de Maine-et-Loire, que je dirige depuis le mois de décembre 1887 dans le traitement d'une angine de poitrine liée à une insuffisance aortique artérielle d'origine tabagique. Trois années d'un traitement régulier par l'iodure de sodium et la trinitrine avaient singulièrement amendé la situation. En avril 1890, après une longue période d'accalmie, probablement à la suite d'une nouvelle poussée d'aortite, X... se trouva pendant plusieurs nuits réveillé par une vive douleur sous-sternale avec étouffement tel qu'il sautait à bas du lit, cherchant de l'air. Le cœur battait à se rompre au moins 140 fois à la minute. L'orage se terminait, au bout d'un quart d'heure, par des éructations. Dans l'intervalle des paroxysmes nocturnes l'oppression était beaucoup plus accentuée qu'autrefois, aussi notre confrère eut-il l'idée de pratiquer presque tous les jours une injection de morphine, qui lui permit de gravir les côtes sans trop de difficulté, de faire à pied sa clientèle par monts et par vaux, et même de nager. Redoutant l'abus de la morphine, je conseillai deux pilules par jour, 0 gr. 05 chacune, d'euphorbia pilulifera dont j'escomptais l'action anti-dyspnéique. X... en prit environ 40, *sans que sa dyspnée fût amendée.* Dès le jour où il se mit à l'euphorbia il n'eut plus ces violentes palpitations cardiaques qui le tourmentaient après les repas, au cours de la digestion (Marsset a noté chez les animaux l'action brachycardique de l'euphorbia); il eut (ce que Marsset n'a pas signalé dans ses expériences et que nous n'avons jamais relevé chez l'homme) une constipation très opiniâtre avec selles rubanées et enduites d'un mucus blanchâtre. En outre, sa tête était pesante « comme s'il avait été ivre »; phénomènes de narcose, dira-t-on? Rien cependant n'autorise à croire, avec Matheson, aux propriétés « légèrement narcotiques » de l'euphorbia. Nos pilules n'ont point fait disparaître cette sensation douloureuse au 3e espace intercostal à gauche du sternum et dans le dos à la même hauteur, sur laquelle X... revient avec insistance dans ses lettres. Notre confrère se demande même si l'euphorbia n'a pas exagéré l'acuité de ses paroxysmes angoreux.

Dr Ch. Liégeois

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

CHIRURGIE

Traitement des lésions traumatiques de l'abdomen, par M. Wassilief. — Pour le traitement des plaies de l'abdomen avec lésions viscérales les auteurs conseillent : les uns, l'intervention immédiate, les autres, le traitement médical. Une telle différence de conduite se comprend; dans beaucoup de cas, il est difficile, sinon impossible, d'affirmer l'existence et de mesurer l'étendue des lésions internes.

M. Wassilief rapporte quatre observations de plaies pénétrantes de l'abdomen avec lésions du foie, de l'estomac ou de l'intestin grêle, dans lesquelles la laparotomie immédiate a permis de sauver la vie des malades. Deux autres cas de lésion traumatique de l'abdomen, dans lesquels la blessure d'organes internes était incertaine, furent traités par l'expectation et suivis de mort (*Revue de chirurgie*, nov. 1891).

L'auteur conseille de se hâter pour faire la laparotomie; parce que, au début, on ne peut affirmer s'il y a péritonite ou non et qu'après, quand la péritonite se déclare et se généralise, il est trop tard. Dans un cas de plaie pénétrante dans l'abdomen, on doit donc explorer la plaie en l'élargissant si cela est nécessaire, et si on soupçonne une lésion viscérale, procéder à la laparotomie immédiate. H. M.

Intervention chirurgicale dans les affections cérébrales, par MM. Leonte et Bardesco. — Ces auteurs rapportent cinq observations de trépanation : deux fois pour des affections médicales (épilepsie essentielle et épilepsie jacksonienne); trois autres fois pour des troubles nerveux, survenus quelque temps après des traumatismes du crâne. Résultats : une mort et trois guérisons persistantes. Chez le cinquième malade, opéré pour des accès violents d'épilepsie consécutifs à une chute sur le vertex et prédominants du côté gauche, la trépanation, pratiquée dans la zone psycho-motrice droite, produisit une diminution du nombre et de l'intensité des accès. Une seconde trépanation, faite un an après sur la zone psycho-motrice gauche, amena une nouvelle amélioration des accidents épileptiques, mais non leur disparition complète. (*Revue de chirurgie*, octobre 1891).

Ils tirent de leurs observations les conclusions suivantes :

La trépanation est une opération bénigne quand elle est faite d'après toutes les règles de l'antisepsie moderne.

La doctrine des localisations cérébrales en multiplie les indications. Elle est justifiée par les paralysies ou les convulsions, quand celles-ci sont dues à une irritation matérielle ou à une destruction fonctionnelle des centres encéphaliques.

On doit tenir grand compte, pour l'indication opératoire, des troubles de la motilité, des troubles subjectifs, sensoriels et sensitifs, qui renseignent sur l'endroit qu'il faut trépaner.

H. M.

Abcès péri-uréthral à gonocoques, par M. Cristiani. On a trouvé le gonocoque de Neisser dans nombre de complications de la blennorrhagie, pyosalpingites, arthrites, épididymites. L'auteur l'a rencontré dans les abcès péri-uréthraux. (*Rev. méd. de la Suisse Romande*, oct. 1891).

Dans le pus d'un abcès siégeant à la face inférieure de l'urèthre chez un malade atteint de blennorrhagie aiguë, il constata des gonocoques.

Digitized by Google

Les procédés de coloration qu'il employa pour reconnaitre ces bactéries, ne laissent aucun doute à cet égard. Toutefois, il n'a pu en obtenir de cultures.

Cette observation montre encore que le gonocoque de Neisser est doué de propriétés pyogènes analogues à celles des staphylocoques et streptocoques. H. M.

MALADIES VÉNÉRIENNES

Valeur diagnostique de l'inoculation du chancre simple, par M. Coignet. — Pour que l'inoculabilité du chancre simple devienne un moyen réellement utile de diagnostic, il faut en pratiquer l'inoculation avec quelques précautions que l'auteur énumère, d'après son maître M. Aubert, (*Lyon méd.*, 6 décembre 1891).

Il faut faire la piqûre petite et superficielle, afin d'éviter que le chancre atteigne le derme profondément. Elle doit être faite également aussi loin qu'on le peut des organes génitaux, la partie sus-ombilicale du tronc ou le bras par exemple, car l'inoculation est alors moins active et on peut espérer d'en arrêter plus vite les progrès.

Dès le lendemain de l'inoculation on peut formuler quelques déductions pratiques. S'il n'y a rien au point inoculé, pas la plus petite auréole inflammatoire, on peut de suite affirmer que l'épreuve sera négative. S'il y a une légère zone inflammatoire il est impossible de se prononcer ; l'inoculation pourra très bien évoluer vers l'ulcération chancreuse, même après être restée plusieurs jours stationnaire, ou bien disparaître complètement.

Enfin, si dès le lendemain, on a une véritable pustule bien formée, avec une zone périphérique très enflammée, on peut dire que l'inoculation est positive ; il est inutile d'attendre plus longtemps, il faut donc se hâter de la détruire rapidement. Pour cela, on enlève la croûtelle ou on crève la pustule ; on touche pendant trois ou quatre jours avec une solution alcoolique d'acide phénique et on panse à l'iodoforme. S. R.

De l'excision du chancre syphilitique, par M. Pollitzer. — L'auteur est partisan de l'éradication hâtive du chancre syphilitique ; il pense ainsi empêcher ou tout au moins atténuer l'évolution d'une syphilis constitutionnelle grave. (*Méd. Record*, oct. 1891).

Il base cette opinion sur les faits de Julien et de Ehlers (de Copenhague), qui au Congrès de Berlin, a cité trente sept excisions de chancres infectant restés en observations pendant plusieurs années. Dans 10 0/0 de ces cas, on observa des formes graves de syphilis, tandis que la proportion ordinaire des formes graves de syphilis est de 35 0/0. H. M.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Action du camphre sur le cœur, par M. Schoulguine. — L'auteur a employé le procédé expérimental suivant : après avoir pratiqué la trachéotomie sur le chien, il sectionnait la moelle épinière cervicale, liait les gros vaisseaux, mettait le cœur à nu ainsi que le gros nerf accélateur qu'il liait et les deux nerfs pneumogastriques qu'il sectionnait. Enfin par un courant électrique, il excitait le nerf accélérateur et produisait une accélération des battements du cœur et une discordance entre les contractions des ventricules et des oreillettes.

Dans ces conditions, il injectait à l'animal 0 gr. 3 de camphre dans une solution d'huile d'olive (*Meditz. Oboz*, 1891, n° 16).

A l'aide du sphygmographe, il notait les mouvements du cœur avant et après l'expérience. Les résultats observés ont été les suivants : l'action du camphre commence 2 à 5 minutes après son injection ; elle se continue par rapport à la discordance du cœur pendant 5 à 10 minutes et un peu plus longtemps par rapport à la force des contractions.

Le camphre fait disparaître la discordance, augmente la force des contractions dans une proportion d'autant plus marquée que la faiblesse du cœur est plus grande avant l'expérience, allonge la pause et augmente la tension artérielle. M. R.

Traitement antiseptique de la tuberculose pulmonaire par les injections d'huile de foie de morue créolinée, par M. C. Kokos. — Cette médication est basée à la fois sur l'efficacité bien connue de l'huile de foie de morue et sur la faible toxicité, jointe à son grand pouvoir bactéricide, de la créoline (*The Med. chronicle*, déc. 1891).

Voici la formule adoptée par M. Kokos :

Huile de foie de morue.....	100	grammes.
Créoline.....	2	—
Ether sulfurique.....	1	—

Dose : injection sous-cutanée de un à cinq centimètres cubes tous les jours, tous les deux jours et enfin deux fois par semaine. Dans ses deux essais sur l'homme, l'auteur a pratiqué 25 et 50 injections ; chacune d'elles n'a été suivie, ni de nausées, ni de troubles gastro-intestinaux, ni de réaction générale. Par contre, il y a eu diminution des sueurs nocturnes, cessation de la toux et de l'expectoration, augmentation du poids du corps et de l'appétit. Dans un cas, le bacille disparut des crachats. Il resterait à savoir si ces résultats heureux sont durables. Sur ce point, M. Kokos demeure dans une prudente réserve.

S R

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

La dyspnée toxique dans les cardiopathies

(*De la toxicité urinaire dans les affections cardio-artérielles.*) (1)

Par M. Tournier

Interne des Hôpitaux de Paris.

Ainsi, la notion de l'insuffisance rénale dans les cardiopathies artérielles se trouve corroborée par les résultats expérimentaux. Nos recherches, il est vrai, sont encore peu nombreuses, et il serait téméraire de notre part d'en tirer des conclusions fermes. Cependant, elles apportent un appoint, si faible soit-il, à la doctrine des *dyspnées toxiques*. Cette doctrine que M. Huchard (2) a établie par l'observation clinique, est donc confirmée par les faits expérimentaux.

Resterait à déterminer quels sont, parmi les poisons urinaires, ceux qui donnent plus particulièrement lieu aux troubles respiratoires. Nous n'avons pas, pour notre part, tenté d'isoler ces substances dyspnéisantes. Mais, il est incontestable que les urines contiennent des principes actifs qui impressionnent électivement le centre pneumo-bulbaire. Pendant l'injection intra-veineuse, on observe des changements profonds dans le mode respiratoire. « Si on ouvre le thorax après la mort de l'animal, on constate que les battements cardiaques persistent : la mort doit être atribuée à l'arrêt de la respiration. » (Roger et Gaume). Tout porte à croire que

(1) Fin : Voir n° 51.

(2) H. Huchard. Voir : *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1887-1890. — Leçons sur les maladies du cœur et des vaisseaux (Paris, 1889, pages 19, 70, 133, 225, 249, 786) ; — Leçons sur « la thérapeutique pathogénique ». (*Revue de clinique et de thérapeutique*, 1891).

Digitized by Google

ce sont les toxines alimentaires qui doivent être spécialement incriminées.

Il est du reste un fait d'observation courante que chacun est à portée de réaliser, et qui a la valeur d'une expérience de laboratoire. Voici un artério-scléreux qui entre à l'hôpital en proie à une dyspnée fort intense. Vous le soumettez au régime lacté : au bout de peu de jours, l'oppression s'atténue, voire même disparaît. Ceci, entre parenthèses, est déjà une preuve de l'origine ptomaïnique de la dyspnée, et c'est même sur ce fait thérapeutique que M. Huchard s'est appuyé pour admettre une dyspnée toxique dans certaines maladies du cœur ; car le lait doit la plus grande part de son action bienfaisante à ce qu'il ne réimporte dans l'économie aucune substance nuisible ; il agit surtout parce qu'il ne nuit pas. Mais le malade, fatigué de la monotonie du régime, et imbu de ce préjugé vulgaire que le lait ne le nourrit pas, ne tarde point à réclamer à corps et à cris une nourriture plus excitante. Vaincu par ses obsessions, vous finissez par céder ; vous lui accordez de la viande, des potages gras, etc... et presque immédiatement, les étouffements se montrent à nouveau, aussi intenses qu'auparavant. Il est malaisé de ne pas les attribuer, en pareille occurrence, aux toxines ingérées avec les aliments carnés et non éliminés par des reins insuffisants.

Nous ne voulons discuter, ici, ni la question de savoir si nos malades n'étaient pas atteints de ces formes de « brigthisme sans albuminurie » sur lesquelles a tant insisté M. Dieulafoy, ni le mécanisme qui s'oppose au libre fonctionnement du rein dans les cardiopathies artérielles. Ces différents points seront plus amplement abordés dans un travail actuellement en préparation. Disons seulement que cette manière de concevoir la dyspnée aortique nous permet de pénétrer facilement la raison de maintes particularités relatives à ce symptôme qui avaient jusqu'à ce jour donné lieu à des interprétations peu satisfaisantes. Grâce à elle, nous comprenons fort bien pourquoi l'oppression survient sous forme d'accès paroxystiques ; ceux-ci sont commandés en effet par la quantité plus ou moins grande de substances toxiques accumulées dans l'économie Nous comprenons fort bien encore pourquoi ces accès d'oppression sont surtout nocturnes, M. Bouchard ayant démontré que l'élimination des poisons est peu active pendant le sommeil. Enfin, cette théorie simple et rationnelle n'a pas besoin d'invoquer certains états hypothétiques tels que la parésie et le spasme du cœur, que von Basch (de Vienne) a érigés en facteurs constants de l'asthme cardiaque.

II. — L'insuffisance rénale est-elle seule en cause dans la production des dyspnées toxiques ? On sait que l'organisme ne possède pas seulement des émonctoires pour se débarrasser des matériaux nuisibles qui l'encombrent, mais qu'il est encore pourvu d'un organe protecteur destiné à emmagasiner les poisons et à les détruire en partie. Ce rôle de protection est dévolu au foie ainsi que l'ont établi les recherches de Héger, Schiff, Lauthenbach, Jacques, Roger (1), etc. Or, si les cardio-scléroses s'accompagnent d'insuffisance rénale, elles ont théoriquement, au même titre, le droit d'entraîner à leur suite un certain degré d'insuffisance hépatique. Nous appuyant sur ce fait, nous avons encore voulu contrôler l'état de fonctionnement du foie au cours des cardiopathies artérielles.

Dans ce but, nous avons, suivant la méthode de M. Lépine, soumis quelques malades à l'épreuve du sucre. Nous rapportons ci-dessous nos six premiers essais :

I. Malade pris comme témoin ; convalescence de fièvre typhoïde ; foie présumé sain. Ingestion de 200 centimètres cubes de sirop de sucre. — A aucun moment de la journée le sucre n'est apparu dans l'urine.

II. Homme de 58 ans, atteint de myocardite scléreuse avec arythmie et léger œdème prétibial. L'examen du foie ne révèle rien d'anormal de ce côté. Ingestion de 200 centimètres cubes de sirop de sucre. — Au bout d'une heure, l'urine ne réduit pas la liqueur de Fehling, mais l'examen saccharimétrique y révèle des traces de sucre. Plus de sucre deux heures après.

III. Homme de 40 ans, atteint de sclérose cardio-rénale avec dyspnée intense et lésions d'emphysème pulmonaire. Foie abaissé, mais normal. Ingestion de 200 centimètres cubes de sirop de sucre. Une heures après, pas de réduction de la liqueur de Fehling ; traces de sucre au saccharimètre. Même résultat deux heures après.

IV. Femme de 44 ans, atteinte d'aortite chronique, de péricardite de la base et d'insuffisance mitrale. Pas d'œdème des jambes, pas d'ascite. Mais foie volumineux et douloureux à la pression. — Ingestion de 200 centimètres cubes de sirop de sucre. Une heure après, le sucre apparaît dans l'urine, qui réduit la liqueur de Fehling. Il a disparu deux heures plus tard.

V. Homme de 62 ans, atteint d'insuffisance mitrale d'origine rhumatismale, pleurésie droite ; congestion œdémateuse des bases. Congestion du foie qui est augmenté de volume et douloureux. — Ingestion de 200 centimètres cubes de sirop de sucre. Une heure après on ne trouve aucune trace de sucre dans l'urine. Deux heures après, même résultat.

VI. — Malade pris comme témoin, atteint de cirrhose atrophique du foie, avec ascite, sans lésions cardiaques. Ingestion de 200 cent. cub. de sirop de sucre. Une heure après l'urine réduit abondamment la liqueur de Fehling, et l'analyse saccharimétrique dénote également la présence du sucre. Deux heures après, on obtient encore la réaction caractéristique.

Ces expériences sont évidemment trop peu nombreuses pour être concluantes ; cependant, on nous permettra de faire remarquer que des quatre malades dans l'urine desquels le sucre a été décelé, l'un était un cirrhotique avéré, et les trois autres des cardiopathes artériels. Chez les deux premiers, il est vrai (Exp. II et III), la dose de sucre était presque infinitésimale, mais elle était notable dans le troisième cas (Exp. IV). On ne saurait nous objecter que le passage du sucre à travers le foie était favorisé par l'état congestif de ce viscère. Car un des autres sujets, cardiopathe valvulaire (Exp. V), avait également le foie congestionné, et pourtant les urines n'ont jamais offert la réaction caractéristique.

Les fonctions hépatiques sont donc parfois atteintes dans l'artério-sclérose. Il est permis de supposer que, chez quelques-uns de ces malades, le foie ne remplit

(1) Roger (G.-H.). *Action du foie sur les poisons* (thèse de Paris, 1886).

Digitized by Google

plus qu'imparfaitement son rôle de barrière protectrice contre les poisons venus de l'intestin, et que ceux-ci, trouvant la digue rompue, se répandent librement dans le sang. Nous ne prétendons pas inférer qu'il en soit constamment ainsi ; mais enfin la chose est possible ; et nul doute qu'il n'y ait des cas où l'*insuffisance hépatique* (1) *s'ajoute à l'insuffisance rénale pour réaliser l'état toxhémique qui conduit à la dyspnée*. Cette dyspnée serait donc toxique parce que le foie a perdu une partie de sa fonction d'arrêt ou de neutralisation des poisons, et parce que le rein est fermé pour leur élimination. Dans ces conditions, l'intoxication de l'organisme est inévitable.

Nous avions réuni les éléments de ce travail, quand nous avons eu connaissance d'un intéressant mémoire de M. le Dr Ducamp (de Montpellier) (2) sur la « toxicité urinaire chez les cardiaques ». Les expériences de M. Ducamp, conduites avec beaucoup de soin, ont été entreprises dans un but différent des nôtres : l'auteur s'est proposé de mesurer le pouvoir éliminateur du rein dans les étapes successives des cardiopathies : compensation, hypertrophie, asystolie. La plupart des malades avaient été soumis au régime lacté, en sorte que les résultats obtenus par lui n'ont pu lui être d'aucune utilité. Rappelons seulement ce fait que chez deux asystoliques, le coefficient uro-toxique s'est trouvé très abaissé, ce qui justifie une fois de plus l'opinion que nous avons émise, à savoir que, dans l'asystolie confirmée, quelle que soit son origine, la dyspnée est due à la fois aux troubles mécaniques de la circulation pulmonaire et à l'imperméabilité plus ou moins complète du filtre rénal altéré.

En résumé, chez les artério-scléreux et chez les cardiopathes artériels, les reins, devenus insuffisants, n'éliminent plus que d'une façon imparfaite les ptomaïnes introduites dans l'économie avec les matériaux alimentaires. Ce qui tendrait à prouver péremptoirement la réalité de cette insuffisance rénale, c'est la diminution de la toxicité urinaire, que nous avons observée chez plusieurs de ces malades. La présence en excès des toxines dans le sang serait la cause de différentes perturbations fonctionnelles, parmi lesquelles la dyspnée tiendrait le premier rang. *La dyspnée des cardiopathes artériels serait donc le plus souvent une dyspnée toxique d'origine rénale.*

Il semble aussi que, dans quelques cas, l'aptitude fonctionnelle du foie soit notablement amoindrie et que ce viscère ne remplisse plus d'une façon aussi efficace son rôle d'arrêt et de destruction vis-à-vis des poisons intestinaux. Il y a alors une double source d'auto-intoxication : *la dyspnée toxique est à la fois d'origine cardio-hépatique et cardio-rénale.*

Quant aux corollaires thérapeutiques à déduire de cette étude, ils ont été trop bien formulés par M. H. Huchard, tant dans ses leçons que dans ses divers travaux, pour que nous ayons à les rappeler ici.

(1) Voir une leçon sur l'Insuffisance hépatique, par H. Huchard, *Revue gén. de clin. et thérapeutique*, n° 48, 1891).

(2) Ducamp. — Toxicité urinaire chez les cardiaques, (*Montpellier Médical*, 1891, n° 7).

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution à l'étude du chimisme stomacal

(*Du chlore organique neutre de l'estomac*)

Par M. E. Gautrelet (1)

Lorsqu'on étudie avec soin les notes documentaires du très intéressant mais très aride ouvrage de MM. Hayem et Winter sur le « *Chimisme stomacal* », on est très étonné, comme me le faisaient remarquer M le docteur Faucher l'hiver dernier d'une part, et d'autre part, peu après, M. le docteur Peyraud (de Libourne), de trouver une discordance réelle entre les chiffres de la chlorhydrie physiologique et de l'acidité totale. Etant donné, en effet, toujours d'après Hayem et Winter, que la chlorhydrie stomacale, tout comme l'acidité elle-même, représentent à l'état normal la somme des acides chlorhydrique et chlore amidé (le chlore amidé possédant la réaction acide et dans l'espèce étant traduit en acide chlorhydrique), les deux chiffres représentant l'acidité totale d'une part, et la chlorhydrie de l'autre, devraient rigoureusement se balancer à l'état normal.

De fait l'acidité gastrique totale A étant égale à 0 gr. 189, on trouve, d'après les auteurs précités, entre le chiffre et la somme 0 gr. 212 de l'acide chlorhydrique libre H = 0 gr. 044, et du chlore amidé C = 0 gr. 168, un écart comme infériorité au point de vue de l'acidité, qui est égal à 0 gr. 023.

0,168 + 0,044 = 0,212 et 0,212 — 0,189 = 0,023 ; tandis que, je le répète, théoriquement on devrait avoir :

C + H = A, c'est-à-dire (0,168 — 0,023) + 0,044 = 0,189

Que signifie cet écart ?

Et, tout d'abord, examinons l'autre façon qu'ont adoptée MM. Hayem et Winter de traduire les rapports de l'acidité non chlorhydrique à l'acidité dérivant du chlore amidé.

Ces messieurs nomment α le rapport existant entre la différence de l'acidité totale A à l'acide chlorhydrique libre H et le chlore amidé C, posant ainsi qu'il suit :

$$\alpha = \frac{A - H}{C} \quad (1)$$

Les chiffres donnés étant considérés comme les moyennes physiologiques d'un repas d'épreuve d'Ewald.

Or, si dans cette équation, nous remplaçons les lettres par leurs valeurs physiologiques, nous voyons :

$$\alpha \text{ qui} = \frac{0,189 - 0,044}{0,168} \text{ devenir} = \frac{0.145}{0,168} = 0,086$$

C'est-à-dire que, dans ce rapport α, le terme inférieur = 0.168 (diviseur) est plus élevé que le terme supérieur = 0.145 (dividende) de précisément le chiffre 0,168 — 0,145 = 0,023 (différence) que j'indiquais il y a un instant, pour excès de la chlorhydrie normale d'après Hayem et Winter sur l'acidité digestive, telle que ces messieurs l'ont définie dans leurs dernières et récentes publications :

(1) *Société Médico-Pratique* (23 nov. 1891).

(1) Pour mémoire je rappellerai que MM. Hayem et Winter synthétisent leur docimasie du chimisme stomacal sous la forme ci-dessus :

T	chlore total.....	= 0 gr. 321
F	— fixe (salin minéral).....	= 0 gr. 169
H	— de H libre.....	= 0 gr. 044
C	— combiné (amidé).....	= 0 gr. 168
A	acidité totale.....	= 0 gr. 189
α	$= \frac{A - H}{C}$	= 0 gr. 860
H + C	chlorhydrie	= 0 gr. 212

Digitized by Google

Donc : 1° Le chiffre donné par ces auteurs = 0 gr. 212 comme chlorhydrie normale de l'estomac dans le repas d'épreuve Ervald est trop élevé d'une quantité de 0 gr. 23, et doit être ramené au chiffre même de l'acidité = 0 gr. 189.

2° Dans le chiffre de 0 gr. 212, et y entrant pour une part égale à 0 gr. 023, se trouve fatalement comprise une autre forme de chlore organique, forme non acide, forme non alcaline non plus puisqu'elle ne balance pas la réaction acide de l'autre potion du chlore organique, forme conséquemment neutre.

Ces faits étant mathématiquement acquis, j'ai cherché à me rendre compte de la valeur chimique de cette assertion du calcul : c'est-à-dire à contrôler si, pour ma part personnellement, et si d'autres expérimentateurs également, avaient rencontré du chlore organique non acide dans les liquides digestifs ou résiduaires gastriques ; c'est-à-dire encore s'il y avait réellement lieu de dédoubler le chlore organique C d'Hayem et Winter, comme nos données mathématiques le faisaient pressentir en deux groupes :

$$C \begin{cases} M. \text{ chlore organique amidé} = 0 \text{ gr. } 145 \\ N. \text{ — — neutre} = 0 \text{ gr. } 023 \end{cases}$$

d'une part ; et d'autre part si par suite le rapport α ne devait pas être modifié et passer de

$$\alpha = \frac{A-H}{C} = 0.85 \text{ à } \alpha' = \frac{A-H}{M} = : 100.$$

Cette dernière formule, en faisant abstraction du chlore organique neutre, rendant bien mieux compte de la présence ou non des acides gras de fermentation, puisqu'elle compare entre eux seulement et exclusivement des éléments de même ordre c'est-à-dire les éléments acides possibles du suc ramené à l'unité gastrique, dont le rapport se trouve ainsi logiquement.

Cette double considération est ainsi résolue :

1° MM. Hayem et Winter ont fréquemment dosé du chlore organique combiné sous une forme non acide, dose non amidée, puisque fréquemment ils ont indiqué l'existence de C alors que A était nulle.

2° En ces conditions et contrairement, à leurs données d'exposition qui font du terme C (chlore organique amidé) un composé organique acide, ces auteurs donnent par défaut absolu de logique la chlorhydrie H + C = O.

3° En dépouillant soit mes examens antérieurs soit mes recherches de l'été dernier à Vichy, c'est-à-dire plus d'une centaine d'observations, je puis dire avoir constamment, à jeun comme après les repas, constaté la présence d'un terme chimique de chlore organique n'offrant point la réaction acide.

Quant à la forme sous laquelle ce chlore organique neutre de l'estomac a été rencontrée par moi soit dans les lavages d'estomac soit dans les liquides de repas d'épreuve, je n'oserais pour l'instant donner une réponse définitive.

Mais, ayant vu ce composé chloré organique neutre se dédoubler à + 100°C. aussi bien sous l'influence des acides que des alcalis en composés chlorés saturant le nitrate d'argent en solution acide alors qu'il était préalablement inactif, c'est-à-dire fournir en somme de l'acide chlorhydrique ou du chlorure alcalin selon le réactif employé ; ayant vu ce produit inédit ne plus précipiter par le chlorure de baryum après oxydation, tandis qu'il donnait un abondant dépôt antérieurement ; je crois pouvoir le classer parmi la forme organique éthers, et plus spécialement parmi les éthers chlorhydriques de la glycérine, c'est-à-dire les chlorhydrines (la dichlorhydrine très probablement) ; sa genèse physiologique étant la même que celle de son homomère urinaire, le chlore organique neutre que toutes les excrétions rénales renferment en très faible proportion et qui provient, d'après mes expériences personnelles, de la réaction des chlorures alcalins du torrent circulatoire sur l'acide phosphoglycérique (produit lui-même de l'action de l'acide phosphorique des phosphates acides sur les réserves adipeuses de l'organisme).

Reste, pour être complet au point de vue chimico-biologique la valeur physiologique de ce chlore organique neutre stomacal.

Or, cette valeur, d'après mes expériences en collaboration avec le Dr Peyraud, peut se résumer en deux mots :

1° Action hydratante, donc syntoninisante nulle sur les albuminoïdes quaternaires vis-à-vis desquels elle est neutre ;

2° Action hydratante donc saccharifiante nulle sur les hydrates de carbone ternaires dont il entrave en réalité les transformations digestives. Quant à parler de la signification diagnostique du chlore organique neutre de l'estomac, ne voulant pas empiéter sur le domaine de la clinique, je serai bref et rappellerai seulement en quelques mots les conditions morbides dans lesquelles nous avons spécialement vu ce composé intéressant augmenter d'une façon notable dans le suc gastrique.

On connaît depuis longtemps les fausses dyspepsies hyperacides ayant pour cause, non l'augmentation de l'acide chlorhydrique, c'est-à-dire non l'hyperchlorhydrie, mais la présence des acides gras de fermentation.

Il y a quelques jours, je voyais signalée une autre forme de gastrite douloureuse à la fois sans hyperchlorhydrie et sans acides organiques de fermentation ; l'auteur ne trouvant à cet état morbide d'autre explication étiologique, en dehors de l'absence d'hyperacidité, que celle de troubles sensoriels d'origine nerveuse.

Or, précisément, je crois, d'après les nombreuses observations recueillies cet été à Vichy, par mes collaborateurs MM. les docteurs Faucher et Peyraud, que l'on trouverait, dans ce fait de la présence dite composé chlore organique neutre que je viens d'avoir l'honneur de vous signaler, l'explication cherchée pour ces gastrites douloureuses, ni hyperchlorhydriques, ni hyperacides pour ne pas dire toujours constaté. Mes collaborateurs ont, en effet, fréquemment cliniquement ces phénomènes douloureux, en dehors de l'hyperchlorhydrie et de l'hyperacidité, lorsque je trouvais cliniquement dans ces mêmes conditions un excès de chlore organique neutre ; cet excès allant lui-même en s'accentuant au moment des crises.

En résumé : 1° Aussi bien chimiquement que mathématiquement, je crois que l'on peut établir la présence constante dans le suc gastrique d'un composé chloré organique et neutre ;

2° Ce composé chloré organique et neutre doit, très probablement, appartenir aux éthers chlorhydriques de la glycérine, et plus spécialement semble devoir être regardé comme la dichlorhydrine ;

Digitized by Google

3° Ce composé chloré organique neutre n'a aucune action sur les albuminoïdes alimentaires ; il entrave la saccharification des hydrates de carbone du groupe amidon ;

4° Ce composé chloré organique neutre se rencontre enfin plus spécialement dans les formes de gastrites douloureuses ni hyperchlorhydriques ni hyperacides.

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

DERMATOLOGIE

Traitement de la leucoplasie (1)

M. le Dr E. Besnier place de son côté « au premier » rang des topiques résolutifs de l'hyperkératose des » muqueuses l'*huile de cade vraie et pure et non brûlée*, » *ou l'huile de bouleau* également non falsifiée, pure. » Un pinceau ou mieux le doigt imprégné d'une *très* » *petite quantité* de ces préparations, fait une friction » douce d'abord, puis plus énergique quand la tolé- » rance s'est établie, sur la *surface leucokératosique* et » un peu au pourtour ; cette application d'abord faite » une ou deux fois dans les 24 heures, est ensuite » renouvelée plus souvent selon la tolérance qui est » très variable avec les cas et les sujets. S'il y a un » peu de sécheresse ou de sensibilité, elle est aisément » calmée par les bains de bouche, de langue, les pul- » vérisations, les onctions de vaseline simple. D'ail- » leurs les deux médicaments peuvent être mitigés par » l'addition de vaseline ou d'huile d'amandes, mais si » les applications sont faites comme nous l'avons dit » avec une *petite quantité* de substance médicamenteuse, » elles sont, dans beaucoup de cas, bien tolérées. De la » même manière peut être employé, selon la pratique » de Lassar, le *baume du Pérou pur* que plusieurs ma- » lades préfèrent. » (E. Besnier et Doyon, loc. cit.)

Pour de Watrazewski (Congrès de Paris, 1889), le *bichromate de potasse* employé en solutions de plus en plus fortes, d'abord au 50me puis au 25me, enfin au 10me, diminuerait l'hypérémie et l'inflammation, et produirait la guérison en donnant de la résistance aux tissus de la même façon qu'il agit dans la technique histologique. Il se forme une cicatrice absolument lisse, souple, hyperhémique, qui conserve toujours une tendance à s'exulcérer de nouveau à la suite de l'emploi du tabac, de l'alcool ou des mets épicés.

Une autre substance que Schwimmer préconise surtout dans les cas où la lésion est douloureuse et compliquée de fissures ou d'ulcérations, c'est la *papaiotine* : il emploie une solution de 5 p. 100 ou 10 p. 100 dans parties égales d'eau distillée et de glycérine ; il l'applique sur les parties malades de deux à six fois par jour avec un blaireau après les avoir séchées.

On a aussi conseillé de toucher les fissures et les ulcérations avec le crayon de nitrate d'argent mitigé blanc. Certes lorsque ces cautérisations sont faites avec beaucoup de soin, par une main exercée, elles ne présentent pas beaucoup de danger, et elles peuvent hâter la cicatrisation d'érosions pénibles, douloureuses, souvent fort rebelles ; mais nous ne saurions, pour notre part, jamais perdre de vue la recommandation capitale faite par presque tous les auteurs qui se sont occupés de cette question, et qui domine tout le traitement de la leucoplasie « SURTOUT ET AVANT TOUT, ÉVITEZ LES CAUSTIQUES. » Aussi ne saurions-nous trop engager les médecins à défendre à leurs malades de se servir du crayon de nitrate d'argent, caustique malheureusement banal, et que le public a trop de tendance à employer à chaque instant lorsqu'il a déjà vu le médecin l'appliquer.

Parmi les autres topiques essayés, sans effets heureux notables, citons l'acide lactique, l'iodoforme, le chlorate de potasse qui est cependant recommandé par beaucoup d'auteurs, les solutions faibles d'alun, d'acide tannique, de chlorure de sodium, que Butlin emploie surtout contre les plaques blanches des fumeurs, les solutions faibles de bicyanure de mercure, qu'il préconise dans les leucoplasies syphilitiques.

Il est certain qu'il y a de grandes susceptibilités individuelles au point de vue de la médication locale, et que, dans chaque cas particulier, il faut tâtonner jusqu'à ce que l'on ait trouvé ce qui convient au sujet (Butlin).

Traitement chirurgical. — « Quand une leucokéra- » tose, une plaque hyperkératosique plus ou moins » longtemps torpide ou superficielle, a pénétré dans le » derme, qu'elle résiste à tous les moyens employés ; » que, pour des raisons diverses, le patient ne veut » pas ou ne peut pas bénéficier de tous les secours des » médications précédentes, le traitement mécanique » chirurgical intervient légitimement. »

« Le procédé le plus simple consiste dans le grattage » à la curette, la *rugination*, suivie jusqu'à la cicatri- » sation, de l'hygiène convenable, locale et générale ; » M. le Dr Schwimmer n'hésiste pas à la pratiquer, et » il se loue des résultats obtenus. »

« La destruction électro-caustique peut être em- » ployée dans le même but et arriver au même résultat » favorable, c'est-à dire remplacer *par une cicatrice* la » plaque leucokératosique : une seule recommandation » essentielle, c'est d'agir sur de petites surfaces à la » fois, mais d'agir assez énergiquement pour faire une » destruction réelle. » (E. Besnier et Doyon, *loc. cit.*).

L'intervention chirurgicale radicale tend donc de plus en plus à se substituer à la médication topique dans le traitement des leucoplasies même simples. Notre excellent ami, M. le Dr Perrin, de Marseille, en est un partisan convaincu. Cependant l'abstention peut encore se comprendre et se soutenir dans ces cas. Mais toutes les fois qu'il y a une induration un peu profonde des téguments, une ulcération autour de laquelle les tissus s'infiltrent et qui s'agrandit sans cesse, quand il y a une tendance notable à la transformation papillomateuse d'un point quelconque de la lésion ; en un mot, quand des indices précis font craindre une évolution vers l'épithéliome, il faut se hâter d'intervenir sans s'arrêter à aucune considération de quelque importance qu'elle puisse paraître. Il faut opérer largement, empiétant dans les tissus sains sans craindre de trop enlever. C'est

(1) Fin : Voir n° 51.

Digitized by Google

ainsi que M. le Dr Perrin a pu obtenir une guérison durable dans un cas plus que douteux par une décortication de la langue soigneusement faite avec le thermo-cautère. La méthode à employer doit d'ailleurs être laissée à l'appréciation du chirurgien qui juge d'après les circonstances particulières à chaque sujet.

Mais il est beaucoup de cas de ce que l'on a appelé avec justesse l'*état préépithéliomateux*, dans lesquels tout praticien peut et doit intervenir, et qui ne réclament pas l'habileté et la compétence spéciales d'un chirurgien de profession. Quand il s'agit par exemple d'une plaque encore assez superficielle au niveau de laquelle les papilles ont subi la transformation papillomateuse, tout médecin possesseur d'un thermo-cautère ou d'un électro-cautère peut et doit intervenir ; il lui suffira de détruire soigneusement toute la partie atteinte ; il dépassera en largeur les bords apparents et en profondeur l'induration sous-jacente. Il fera exécuter ensuite des lavages répétés et minutieux de la partie opérée avec un liquide antiseptique, de l'eau boriquée par exemple ; la plaie sera pansée avec de l'iodoforme, du salol ou de l'aristol.

Nous préférons dans ce cas la cautérisation ignée ; certains auteurs (Butlin) pensent cependant qu'il est même possible de se servir de simples ciseaux courbes avec lesquels on enlève complètement le point papillomateux et la base sur laquelle il repose ; l'hémorrhagie consécutive est presque toujours insignifiante. Si elle prend quelque importance on l'arrête par la compression digitale faite en appliquant sur la plaie un petit tampon d'ouate salicylée sèche ou imbibée d'une solution d'antipyrine, et en l'y maintenant un certain temps avec le doigt.

Quoiqu'il en soit nous ne saurions trop recommander d'agir vite, de bonne heure, car la vie du malade en dépend, d'agir même dans les cas où il semble qu'il y ait déjà des ganglions, car « même avec des ganglions indu« rés on peut obtenir la guérison véritable, quand on a « su, autant par la perfection de la réunion chirurgi« cale que par la sévérité de l'asepsie se mettre à l'abri « de l'infection mixte, secondaire, si rapidement fu« neste, des ganglions cervicaux. Quand la récidive se produit, ou l'infection mixte, c'est à brève échéance ; « si rien ne se produit dans l'année qui suit l'opération, « le succès définitif est à peu près assuré. » (E. Besnier et A. Doyon.)

Quel que soit le résultat que l'on ait obtenu, il ne faut jamais, même dans les formes en apparence les plus bénignes et les plus superficielles, affirmer que l'on est arrivé à une guérison complète. Quand on constate une amélioration, quelque grande qu'elle puisse être, on doit bien repéter au malade que ce n'est qu'une amélioration, qu'il doit continuer avec la plus grande persévérance et la dernière rigueur les soins locaux et l'hygiène auxquels il est soumis, sous peine de voir reparaître l'affection.

Dr Brocq.

Médecin des Hôpitaux de Paris.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

MALADIES DES ENFANTS

I. **Traitement de la vulvo-vaginite des petites filles.** — Rarement accompagnée de complications, la vulvo-vaginite des petites filles, si on ne la soigne pas d'une façon méthodique, dure longtemps.

Avant d'entreprendre le traitement proprement dit, il faut éloigner la cause pathogène : oxyures, masturbation, constipation, contagion par la communauté de linge, d'objets de toilette, le séjour au lit avec une mère atteinte d'écoulement utéro-vaginal simple, etc. ; et dans les fièvres éruptives, par une grande propreté des organes génitaux.

Ensuite, trois indications capitales : 1° diminuer l'inflammation du conduit vulvo-vaginal ; 2° désinfecter ; 3° isoler les parties.

1° La première indication prime les autres au début, quand l'état inflammatoire se montre avec intensité.

Dans ce but, les lavages locaux, bains de siège ou généraux avec l'eau pure à une température convenable, ou bien les bains d'amidon ou de son ; enfin, les lotions astringentes aux feuilles de noyer ou à l'écorce de chêne.

2° Bien qu'on ne soit pas encore fixé sur la nature exacte du parasite de la vulvo vaginite, l'origine bactérienne de l'affection ne peut être niée.

Les substances mises en œuvre varient ; le résultat favorable est le même.

M. A. Baginski (de Berlin) recommande de pratiquer des injections à l'aide d'une seringue fine comme celle qui sert aux injections intra-utérines, et avec une solution ainsi composée :

Sulfate de cuivre	2	grammes
Glycérine	20	—
Eau	80	—

Dans les cas plus rebelles, il emploie une solution de sublimé à 0,05 ou 0,01 pour 100. Le sulfate de zinc peut aussi remplacer le sulfate de cuivre (Descroizilles).

Dans bien des cas, des lavages répétés et soigneux avec l'acide borique à 4 0/0 suffiront à amener la guérison.

M. Comby fait donner des bains sulfureux et suivre de lavages boriqués ou en sublimés répétés trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures et d'un poudrage au salol.

Contre la vaginite, il prescrit des suppositoires :

Salol	0 gr. 10
Beurre de cacao	1 gramme

pour un fin suppositoire en forme de crayon.

On a aussi eu recours aux suppositoires iodoformés (Pott).

Dans les cas rebelles, on se trouvera bien de toucher la muqueuse avec un pinceau trempé dans une solution faible de nitrate d'argent.

3° L'isolement des parties hâte la guérison en empêchant les auto-inoculations. Une fine compresse, pliée en plusieurs doubles, imbibée d'une solution antiseptique, par exemple, de la tarlatane ou du lint boriqués ou saloiés, ou mieux encore de l'ouate hydrophile, placée entre les grandes lèvres, après que tout a bien été abstergé et maintenue en place par une serviette attachée à une ceinture et bridant le tout, convient le mieux pour faire un pansement fermé.

Chez les scrofuleuses, et quand la tendance à la chronicité semble manifeste, joindre un traitement général : les iodiques, ferrugineux, arsenicaux, huile de foie de morue iodée, sirop de Raifort iodé, de protoiodure de fer, solution de citrate de fer, d'arséniate de soude, enfin l'hydrothérapie et surtout la balnéothérapie chlorurée sodique, marine ou autre.

H. Gillet.

Digitized by Google

OBSTÉTRIQUE

II. **Pilules contre les douleurs utérines post-partum.** — Recommandées par Rutherford, elles consistent dans l'association des propriétés sédatives de l'opium aux vertus ocytociques de la quinine:

Sulfate de quinine..... 1 gramme
Opium brut finement pulvérisé .. 0 gr. 50

F. s. a. et divisez en quinze pilules semblables. Une pilule toutes les deux ou trois heures. N. D.

REVUE DES LIVRES

Entretiens chirurgicaux faits à l'hôpital Saint-Jean par M. le Dr Thiriar. Bruxelles, 1891, Manceaux.

Sous ce titre modeste, l'auteur publie d'excellentes leçons cliniques faites à l'Université de Bruxelles sur des sujets très divers parmi lesquels nous citerons: l'hystérectomie vaginale dans le traitement du cancer utérin; quelques affections chirurgicales des bourses; le traitement des fractures de cuisse, celui du genu valgum, du pied-bot équin, de l'anus contre nature accidentel, de l'empyéme par la ponction simple... et enfin par nne très curieuse leçon sur les tumeurs fantômes de l'abdomen. Ce mot emprunté à Lawson Tait, sert à désigner certaines affections présentant tous les symptômes extérieurs d'une tumeur abdominale sans en offrir la réalité; il s'agit donc de simples apparences déterminées par du météorisme avec contracture abdominale chez des hystériques, qui, le plus souvent, se dissipent sous le sommeil chloroformique, quelquefois seulement après l'ouverture du ventre.

Ces entretiens seront lus avec grand profit. On y trouvera des modèles de clinique raisonnée.

H. M.

CORRESPONDANCE DES DÉPARTEMENTS

La contagion par un tiers

Nous remercions doublement notre cher et savant confrère M. le Dr Ferlin pour la lettre suivante qu'il nous fait l'honneur de nous adresser et la sympathie qu'il témoigne au *Journal des praticiens*.

C'est un nouveau motif de nous estimer heureux d'avoir ouvert dans nos colonnes ce débat d'intérêt si pratique sur la contagion et d'enregistrer les opinions de nos confrères de la province, dont, sur ce point, l'autorité est décisive. M. Ferlin et nos correspondants sympathiques nous mettent à même de prouver une fois de plus que la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* est le Journal de tous et a tous; nous leur en sommes sincèrement reconnaissant: N. de la R.

Valence, 20 décembre 1891.

Dans son second article, M. le Dr Dauchez, envisage surtout la possibilité de la transmission d'une maladie contagieuse par un tiers, il me fait l'honneur de considérer comme très *vraisemblable* le cas de scarlatine dont j'ai parlé dans ma lettre à la *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*.

Loin de moi la pensée, de le poursuivre d'une querelle d'Allemand. Permettez-moi cependant de m'étonner de ses réserves sur un fait qui n'est pas seulement vraisemblable, mais qui est rigoureusement vrai dans sa simplicité. Il me donnerait presque le droit de lui reprocher de me traiter en adversaire, bien que je me sois fait une joie toute confraternelle de louer le point de vue auquel il se place et d'exalter les termes excellents dans lesquels il plaide une cause qui me compte toujours parmi ses plus dévoués partisans.

Laissez-moi rappeler brièvement le cas en question. — Une quinzaine de jours après la rentrée du nouvel an, la scarlatine se déclare au Petit-Séminaire de Valence. Plusieurs cas se succèdent en janvier et en février, avec une période d'incubation prolongée pour chacun d'eux: cinq parmi les internes, deux parmi les externes admis, par faveur, à cause du voisinage, car, circonstance importante, l'établissement d'instruction dont il s'agit est distant de la ville d'un kilomètre et demi, dans la campagne, sur une hauteur qui lui appartient presque tout entière, divisée en prés, bosquets, parc, etc. Pas de scarlatine en ville à ce moment; aucune dans ma clientèle ni dans celle des confrères les plus occupés et que j'ai interrogés. Sur ces entrefaites, le 1er mars, ma fille cadette réalise cette maladie. N'est-il pas logique d'admettre, à moins que la génération spontanée ne soit possible pour la scarlatine et qu'elle n'ait créé une coïncidence, que j'ai été l'intermédiaire entre le seul foyer existant alors et la petite malade? J'en ai si peu douté que, dès que je l'ai vue prise de vomissements et d'une fièvre vive, et avant même qu'aucune éruption ne parût, j'ai rigoureusement isolé, pour une période de 60 jours, ma femme qui nourrissait alors et mes trois autres enfants. Le succès de cet isolement m'a prouvé que ma fille cadette avait été seule en état de réceptivité vis-à-vis d'un contage indirect. Mais un contage direct n'eût-il pas plus formellement menacé mes autres enfants? C'est bien, il me semble, la crainte que je devais éprouver.

Je passe condamnation sur les autres faits contenus dans ma lettre. Et cependant, la tuberculeuse variolisée de mon ami le Dr Bouvat me paraît assez caractéristique. De même, l'épidémie intérieure de variole dont j'ai été le premier agent involontaire à l'Hôtel-Dieu d'Avignon et dont l'histoire détaillée, écrite par mon collègue le Dr Chaber, se retrouverait dans le compte-rendu des séances de la Société de médecine de Vaucluse, n'est-elle pas, dans son origine et son mode de propagation à travers un grand hôpital dont les services sont séparés par de vastes halls, comme une démonstration précieuse de la réalité du contage médiat, que le Dr Mérigot de Treigny expliquait et défendait, d'une façon si précise, dans le substantiel article publié dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* du 14 novembre dernier?

Bornons-nous, je le veux bien, à ma petite scarlatineuse. M. Dauchez accepte le fait, mais l'apprécie avec une sévérité qui me rappelle une anecdote:

Pendant une de ces absences au cours desquelles il est si heureux de revoir la capitale et ses vieux amis de l'internat, mon cher maître, le Dr P., avait remis sa clientèle de la ville à un confrère mort depuis et dont le savoir justifiait cette confiance. Au retour, voici quelle fut l'appréciation de ses clientes sur les qualités de son suppléant: « docteur, il était très gentil votre remplaçant; oh! il a été tout à fait charmant, il nous a bien soignées et nous en avons été très satisfaites, mais... ... mais il a *les ongles sales*. » Ce propos n'était pas pour déplaire au spirituel et aristocratique praticien, qui le répétait, entre intimes, avec la douce malice qui lui est familière.

Eh bien! cher docteur Dauchez, en affirmant, comme vous le faites, que là où la contagion médiate s'exerce, c'est qu'on a omis les soins élémentaires de toilette, vous commettez, ce me semble, à mon égard, une médisance analogue à celle des clientes du Dr P. vis-à-vis du Dr X. Heureusement pour moi mes clientes ne vous liront pas.

Etes-vous bien sûr que les soins de propreté suffisent d'une façon aussi générale à écarter les chances de contagion indi-

Digitized by Google

recte? Vous savez toutes les précautions que les tenants de l'antisepsie chirurgicale exigent de leurs moindres aides ou assistants et toute la révolution que cette sévérité a accomplie dans les résultats obstétricaux et opératoires? Je ne vous ferai pas l'injure de vous rappeler les multiples lavages et nettoyages que les microbiologistes ont démontré être nécessaires pour assurer l'asepsie des mains et leur propreté chirurgicale. Si tant de précautions sont essentielles en chirurgie, pourquoi, toutes proportions gardées, ne seraient-elles pas bonnes en médecine, dans les limites où les faits acquis peuvent les enfermer raisonnablement? Il me semble que les conclusions de votre premier article étaient moins optimistes et plus prudentes sur ce fait important.

Que la contagion indirecte soit le mode le moins fréquent, parfait; mais si vous cherchez à me démontrer qu'elle n'est qu'une infime exception, vous ne me rassurez pas. Loin de là. Si je ne puis voir dans les objets qui ont touché le malade et dans les mains ou les vêtements des personnes qui l'ont approché, les sources les plus probables de la contagion en dehors du malade lui-même; si, à propos de la scarlatine, de la variole, de la rougeole, etc., je suis obligé de croire, avec l'épidémiologie ancienne et sans la résignation philosophique de nos grand'mères, que *c'est un mauvais air qui passe*, je vais me sentir constamment poursuivi par un microbe dans l'air que je respire, je ne m'estimerai plus défendu par les mesures prophylactiques, et, comme le dit M. Grancher, l'hygiène sera désarmée.

Vous rappelez, mon cher confrère, que la parole est d'argent, mais que le silence est d'or. Vous auriez tort de vous appliquer cet adage avec trop de modestie, car vous avez eu le mérite de soulever une question intéressante, et il serait bon que tous les hommes, en situation de l'éclaircir, apportassent leur avis. Je m'excuse d'émettre cette idée irrévérencieuse que le plus humble praticien de campagne, s'il avait le temps de parler ou s'il osait le faire, serait peut-être à même de vous fournir, sur ce sujet de première importance pratique, des documents plus précis que tous nos maîtres de la capitale, car il doit être bien difficile de faire le départ de tous les contacts dans une grande ville et surtout dans un monde comme Paris. C'est le cas de se souvenir de ce que le clinicien Louis écrivait de la fièvre typhoïde, qu'elle était contagieuse, *au moins dans les départements!*

Trêve de querelles, honoré et cher confrère. Certainement, au point de vue particulier où vous vous êtes placé, vous avez mille fois raison. Il est bon, il est urgent de réagir contre le contagionnisme à outrance, en montrant ses conséquences ridicules, et, ce qui est plus grave, les véritables perturbations morales et sociales qu'il apporterait parmi nous.

Permettez-moi de vous citer, entre plusieurs, un fait qui s'est passé récemment dans notre région. Un confrère, homme de grand savoir mais d'une énergie un peu tiède — (le bourru bienfaisant?) — visite un tuberculeux avéré, vivant dans une certaine aisance, c'est-à-dire dans un logement assez aéré et spacieux, avec sa belle-mère (il est veuf) et sa fillette âgée de 12 ans. C'est un tuberculeux qui sort encore, va et vient, fait ses affaires, mais qui peut s'aliter un de ces jours pour tout de bon. Après l'avoir examiné, le confrère, parvenu au seuil de l'appartement déclare à la mère que son gendre est phtisique, qu'il y a peu de chance de le prolonger, et que le plus pressant est d'enlever de là sa fille, qui prendra la maladie de son père. Celle-ci avait entendu la communication du docteur.

Aussi s'écrie-t-elle, en sanglotant, dès le retour de sa grand'mère: « Maman, maman, tu as entendu? Papa est poitrinaire. Je vais prendre sa maladie. Je ne veux plus rester ici. Je ne peux plus l'embrasser. Il faut me faire partir, etc., etc... » Le pauvre père a cruellement compris qu'il devenait un pestiféré pour celle qui devait être sa consolation et sa force morale! Vous me direz que son enfant témoigne d'une âme peu noble, mais est-ce d'aujourd'hui que notre pauvre humanité se montre égoïste et mauvaise, si on lui en donne l'occasion? Et est-ce à nous, qui devrions être, par profession, des observateurs, des psychologues, à lui en fournir les motifs?

Ne parlons donc, comme vous le recommandez, qu'à bon escient, et sachons tempérer notre énergie en même temps que notre langage, pour ne pas offenser par des conseils, dont le bien-fondé est loin d'être toujours absolument prouvé, l'hygiène morale qui a ses droits, comme l'hygiène prophylactique!

Nous bénéficierons de cette discrétion, tandis que notre rigorisme se retournerait contre nous, contre nos intérêts personnels, contre le bien même que nous pouvons faire, et rendrait bientôt l'exercice de la médecine impossible. Ainsi, mes quatre enfants viennent d'avoir la coqueluche: j'ai supposé (toujours la contagion indirecte), que des gens qui ont eu l'imprudence de m'amener de petits coquelucheux, avaient contaminé mon logement, ce qui prouverait bien, avec la scarlatine de ma fille, que les familles de médecins sont quelquefois plus exposées que vous ne le pensez. — Eh bien! pendant cette pénible maladie de mes enfants — sévère pour deux d'entr'eux — j'ai acquis la conviction que pas mal de personnes hésitaient à venir me consulter ou à me faire appeler, ou s'en abstenaient même tout à fait, sans réfléchir que dans ma pratique habituelle je vois journellement de 20 à 30 malades, parmi lesquels il en est forcément de contagieux. La terreur excessive répandue au sujet du microbe peut donc être le commencement de notre déroute. Je conclurai volontiers que du microbe, il en faut aujourd'hui avec la clientèle, mais que, comme de la vertu, *pas trop n'en faut*.

Un mot en finissant, pour vous signaler, dans cet ordre d'excès, ce qui se passe à Lyon où l'on observe en ce moment une recrudescence des maladies épidémiques et contagieuses. Par arrêté du Docteur-maire Gailleton, non seulement la déclaration de ces maladies est obligatoire, mais, si les intéressés directs ne la font pas, les voisins et co-locataires sont invités à les suppléer! C'est du jacobinisme tout pur, et malgré mes légitimes rancunes à l'égard de la scarlatine et de la coqueluche, je ne suis pas encore du nombre de ces radicaux du contagionnisme.

Dr Ferlin.

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES FRANÇAISES

Paris. — **Société de thérapeutique** (9 déc. 1891). — I. *La toxicité des sels de baryte.* — Lyon. — **Société nationale de médecine** (9 déc. 1891). — II. *La vésication par le bichlorure de mercure.*

I. **La toxicité des sels de baryte.** — La renommée thérapeutique toute récente des sels de strontiane aura-t-elle pour résultat de réhabiliter en partie la baryte de sa réputation de puissante toxicité? Il faut le croire, ou plutôt en croire M. Bardet qui, avec le doute du sage, a voulu vérifier l'exactitude d'une accusation si souvent formulée depuis quelque temps.

Naguère, les sels de baryum étaient volontiers prescrits aux malades, et cependant on ne constatait guère d'accidents causés après leur administration. Dans un cas, il a fallu, d'après M. Bardet, en exagérer la dose jusqu'à quatre grammes de chlorure de baryum pour les observer.

Voilà pourquoi il a essayé d'en déterminer le coefficient de toxicité chez le lapin au moyen d'injections hypodermiques ou de l'administration de la baryte par la voie buccale. Le coefficient de toxicité a été supérieur à 0 gr. 075 par kilogramme et démontre que pour provoquer des accidents chez l'homme, il faudrait prescrire la baryte par grammes et non par centigrammes.

Digitized by Google

Au point de vue expérimental, il eût été intéressant d'employer la méthode des injections intra-veineuses, mais un obstacle s'y oppose, la coagulation du sang en présence des solutions de baryte.

II. **La vésication par le bichlorure de mercure.** — M. Aubert a eu l'idée heureuse, dans le but de trouver un vésicatoire aseptique, d'utiliser les propriétés irritantes et vésicantes des sels mercuriels.

La solution de bi-iodure ne donne rien; celle de bi-chlorure au centième provoque, après quelques heures, une vésication comparable à celle de la cantharide.

Ce vésicatoire mercuriel est indiqué contre les syphilides, qu'il fait disparaître après huit ou quinze jours. Voici comment on doit l'employer:

1° Imbiber une compresse de gaze ou un tampon d'ouate d'une solution aqueuse de bi-chlorure mercuriel au centième; l'exprimer modérément et l'appliquer sur la région où l'on veut agir;

2° Recouvrir d'une feuille de toile imperméable pendant huit à douze heures. C'est le délai nécessaire pour obtenir une vésication satisfaisante. N. D.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 23 novembre 1891

Présidence de M. le Dr Descroizilles

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté après une rectification de M. le Dr Schwartz, au sujet de l'observation qu'il a lue dans la précédente séance. La dose de caféine injectée dans une journée a été de 3 grammes et non de 6 grammes, comme il l'avait dit par erreur.

La correspondance comprend un mémoire de M. le Dr Trousseau sur le pétrole brut dans le traitement des conjonctivites.

M. Gautrelet fait une communication intitulée: **Contribution à l'étude du chimisme stomacal** (*du chlore organique neutre de l'estomac*). (Voir: p. 819).

Au sujet de l'influenza dont quelques confrères ont observé des cas actuellement à Paris, M. Gautrelet rappelle qu'il y a 18 mois, il a publié des observations chimiques sur les modifications urinaires dans l'influenza. Dans tous les cas d'influenza il a noté une hyperacidité des urines concordant avec la diminution des fonctions de la peau. Ces jours-ci, il observait un cas de néphrite à marche lente dont le point de départ fut l'épidémie d'influenza de la fin de l'année 1889. Cette observation est une confirmation de son opinion. Il pense, en effet, que la néphrite *a frigore* reconnaît son origine dans l'hyperacidité des urines provenant de la diminution des fonctions de la peau.

Dr Pennel.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 décembre 1891

Présidence de M. le Dr Terrier.

Cathétérisme des voies biliaires. — M. Terrier rend compte d'une observation de M. Delagenière (du Mans), dans laquelle cet auteur rapporte un cas de cathétérisme des voies biliaires obstruées par des calculs. Il s'agit d'une femme de quarante-deux ans, dyspeptique, atteinte de coliques hépatiques prolongées, d'ictère intense, avec hypertrophie du foie et état général grave. La vésicule biliaire était augmentée de volume, irrégulière, douloureuse à la pression. Les selles étaient décolorées.

Le 1er août 1891, M. Delagenière, en présence de l'inefficacité des traitements médicaux, pratiqua une incision verticale de dix centimètres au niveau de la vésicule: après l'ouverture du péritoine, il fixa les parois de la vésicule au péritoine pariétal par plusieurs sutures circulaires; puis il l'incisa en un point où il sentait un calcul. Celui-ci fut enlevé par fragments; on constata alors qu'il s'était développé dans une loge ne communiquant pas avec le reste de la vésicule; celle-ci ne fut ouverte que secondairement; elle ne contenait qu'un liquide séreux, limpide, et plusieurs calculs qui furent enlevés. L'un d'eux, enchatonné au fond de la vésicule ne put être extrait. Drainage de la vésicule qui reste fixée à la paroi abdominale, pansement antiseptique. Pendant les deux premiers jours, tout alla bien; le troisième jour, la bile s'écoula au dehors par la plaie; mais les selles restent décolorées, malgré l'emploi plusieurs fois répété du calomel. Le canal cholédoque était donc imperméable. Dix jours après l'opération, M. Delagenière explora le fond de la vésicule biliaire avec une sonde en gomme et ramena des fragments de calculs, puis il introduisit une sonde cannelée coudée dans le canal cystique où elle s'engorgea jusqu'à une profondeur de 12 centimètres. Une bougie béniqué n° 24, armée, fut de même introduite dans le canal cystique et pénétra de 16 à 17 centimètres, c'est-à-dire jusque près de l'intestin. Les jours suivants, ce cathétérisme fut répété plusieurs fois et devint de moins en moins douloureux. Le cours de la bile se rétablit vers l'intestin et la fistule cutanée s'oblitéra, en même temps que l'on put considérer la guérison comme complète.

Cette observation montre que le cathétérisme des voies biliaires est possible, lorsque celles-ci ont été distendues par des calculs, mais qu'il doit être fait avec un instrument métallique armé d'une bougie conductrice. Cette pratique donnera au moment de l'opération des renseignements très importants sur l'état des voies biliaires et pourra en rétablir la perméabilité. En terminant, M. Terrier rappelle que le cathétérisme des voies biliaires avait été pratiqué en 1889 par M. Fontan, de Toulon, dans un cas de sarcome du hile du foie comprimant les voies biliaires.

Etranglement de la verge par un corps étranger. — M. Poncet, de Lyon, rapporte l'observation d'un homme de 51 ans, entré à l'hôpital pour un accident singulier. Depuis quatre jours, il s'était introduit la verge dans le trou d'une massette de casseur de pierre, il en résulta un œdème énorme de la verge dont une portion était menacée de sphacèle, de la rétention d'urine, et l'impossibilité de mobiliser et d'extraire l'anneau d'étranglement. Il était d'ailleurs inutile de songer à sectionner ce marteau, car il était en acier trempé très dur. Après anesthésie, M. Poncet pratiqua trois larges incisions au niveau des parties œdématisées, il en résulta une détente locale qui permit de descendre un peu le marteau. Le gland, longuement exprimé de la sérosité qu'il contenait, permit enfin l'extraction du corps étranger. Cette observation est remarquable par l'exceptionnalité du corps étranger qui, à la rigueur, aurait dû nécessiter l'amputation de la verge.

Empoisonnement par la cocaïne. — M. Berger rapporte un cas de mort à la suite d'une injection de cocaïne dans la tunique vaginale atteinte d'hydrocèle. Il s'agit d'un homme de 40 ans, venu dans son service à l'hôpital Lariboisière pour y subir la ponction d'une hydrocèle. Celle-ci était très tendue, non réductible dans le péritoine, s'était développée très rapidement depuis peu de temps. En pareille circonstance, M. Berger vide d'abord la tunique vaginale avec le trocart classique, puis il injecte dans la cavité vaginale une cuillerée à potage d'une solution de cocaïne au 1/50e qu'il évacue par expression au bout d'une minute, et fait ensuite une injection de teinture d'iode étendue de moitié d'eau, qu'il retire au bout de quelques

Digitized by Google

minutes. Cette méthode, qu'il a appliquée un grand nombre de fois, ne lui a jamais donné le moindre accident. Sur l'ordre de M. Berger, ce traitement fut appliqué scrupuleusement par son interne. Le malade ne ressentit aucune douleur et quitta la salle vingt minutes après l'opération. Dix minutes après, il fut pris d'une grande faiblesse et se laissa tomber. Lorque l'interne arriva auprès de lui, il était dans un état comateux très prononcé, la face et les membres étaient animés de mouvements convulsifs avec raideur tétanique, le visage était pâle, les pupilles dilatées, les battements du cœur tumultueux, le pouls à 120. Cet état dura deux minutes, puis fut suivi d'une grande prostration. Très peu de temps après, les convulsions recommencèrent avec la raideur tétanique, et au bout de quelques instants le cœur s'arrêta brusquement, le malade était mort. Les injections d'éther, la trachéotomie, la respiration artificielle pratiquée pendant plus d'une heure ne purent le rappeler à la vie.

M. Richardière fit l'autopsie à la Morgue (c'était la douzième qu'il pratiquait pour l'empoisonnement par la cocaïne) et constata de la congestion des méninges et des poumons, une insuffisance mitrale et des adhérences du foie au diaphragme. Il n'était pas douteux que la cause de la mort avait été la cocaïne.

L'innocuité de ce médicament n'est donc qu'apparente, malgré son emploi fréquent.

M. Reclus. — Il est certain qu'il y a eu empoisonnement chez le malade de M. Berger, mais cet accident doit être attribué à la dose considérable de cocaïne qui a été employée. A la suite d'injection de 0 gr. 25 de cocaïne dans la tunique vaginale, il a vu survenir des accidents convulsifs redoutables, avec état comateux et menaces de syncope.

Quant à lui, en pareil cas, il ne dépasse jamais 0 gr. 20 de cocaïne, dilués dans une plus grande quantité d'eau. Ordinairement il injecte dans la tunique vaginale, avant la ponction quatre seringues de Pravaz de la solution à 2 0/0. Il obtient de la sorte une anesthésie parfaite, sans accident. On sait d'ailleurs que dans les hydrocèles jeunes, à parois peu épaissies, l'absorption est beaucoup plus rapide que dans les vieilles hydrocèles. Il est donc nécessaire de ne pas employer dans ces cas de fortes doses de cocaïne.

M. Labbé a vu survenir, il y a quelques années, des accidents syncopaux très graves à la suite d'une injection de 0 gr. 25 de cocaïne dans une hydrocèle et depuis cette époque il a abandonné l'usage de ce médicament dans des cas analogues.

Erreur de diagnostic après l'examen histologique d'un fragment de tumeur. — M. Marchand rapporte l'observation suivante : Une femme de 31 ans, atteinte de métrorrhagies rebelles, subit le curettage de l'utérus qui est pratiqué par son médecin. Pendant l'opération on ramène des lambeaux blanchâtres, puis se déclare une hemorrhagie très abondante qui est arrêté par le tamponnement. Un histologiste qualifié examine ces lambeaux et diagnostique un sarcome de l'utérus Quel que temps après cette femme consulte un chirurgien qui, vu le diagnostic histologique, declare necessaire l'extirpation totale de l'utérus Un second chirurgien, s'en rapportant au pronostic grave du sarcome et à sa généralisation facile, conseille de s'abstenir. Pendant ce temps la matrice augmentait rapidement de volume. Un accoucheur, que cette dame vit ensuite, déclara qu'elle était enceinte, diagnostic qui fut vérifié par un avortement qui se produisit au quatrième mois.

Corps étranger du rectum. — M. Marchand présente un verre de table, a fond plat, qu'il a retiré du rectum d'un homme de 48 ans, après avoir pratiqué la rectotomie.

Dr H. Marciguey.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 *décembre* 1891

Présidence de M. le Dr Labbé

Erysipèle à répétition. — M. Hirtz rapporte l'observation d'une femme de 37 ans, qui, il y a quatre ans, à la suite d'une chûte dans l'eau, vit disparaître ses règles d'une manière absolue. Elle eut alors un premier erysipèle de la face qui récidiva huit jours après sa guérison. Restée pendant quatre mois à l'Hôpital Necker, elle y eut plusieurs erysipèles qui ne coincidaient pas avec l'époque présumée des règles. Elle entra l'année dernière à l'hôpital Cochin pour une néphrite aiguë avec épistaxis, œdème, albuminurie abondante e tbruit de galop. Du 24 décembre 1890 au 31 mai 1891, elle eut vingt poussées erysipélateuses de la face ou des cuisses ; celles-ci survenaient autour de plaques d'eczéma des cuisses. Ces érysipèles disparaissaient en général très rapidement, au bout de quelques heures. L'un d'eux cependant, survenu au mois d'avril, fut très grave et mit l'existence de la malade en danger.

Du sang, recueilli avec une pipette au niveau des plaques d'érysipèle, donna des cultures pures du streptocoque, qui se montrèrent très virulentes chez les animaux.

Attaques d'urémie convulsive. — M. Guyot. — Il est parfois difficile d'attribuer à sa cause réelle une crise convulsive ou une attaque apoplectiforme qui survient brusquement en pleine santé, sans avoir été précédée d'aucune crise ou symptôme prémonitoire. Dans ces cas, il est bon de songer à la possibilité d'une néphrite latente, d'examiner les urines si cela est possible et d'instituer un traitement approprié, qui seul pourra sauver la vie du malade. M. Guyot était appelé le 2 décembre dernier auprès d'une femme de 52 ans, jusqu'ici bien portante à l'exception d'une nevralgie faciale, qui venait d'être prise brusquement d'une crise convulsive avec perte de connaissance. La malade était dans le décubitus dorsal, plongée dans le coma ; respiration calme, écume sanguinolente sur les lèvres, face pâle, rétrécissement des pupilles, pouls petit. Etat général grave. Il songea à une attaque d'urémie, prescrivit un lavement purgatif, des ventouses scarifiées. En sa présence, elle eut une nouvelle crise convulsive, mais une amélioration très nette se produisit après l'application du traitement. Le lendemain, les urines, plus abondantes, renfermaient de l'albumine. Celle-ci disparut après huit jours de régime lacté et la malade put reprendre sa vie ordinaire. M. Guyot rapporte plusieurs exemples analogues de crises épileptiformes, suivies de coma et survenant sans prodrômes. Dans ces cas, l'albuminurie est toujours légère ; dès le début on doit conseiller les émissions sanguines, les lavements purgatifs, et c'est par ce traitement seul que ces accidents pourront être heureusement combattus.

Phthiriase du corps. — M. Thibierge présente deux malades atteints de phthiriase du corps, chez lesquels on constate une pigmentation brunâtre de la muqueuse de la bouche et du prépuce. En dehors de cette pigmentation, on ne trouve aucun symptôme pouvant être rapporté à la maladie d'Addison.

H. M.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 21 *decembre* 1891

Présidence de M. Duchartre

Prix de l'année 1891 — L'Académie décerne les prix suivants, relatifs a des questions d'intérêt médical.

Anatomie et zoologie : prix Savigny, à M. le Dr Faurot ; prix Gama Méchado : Un encouragement à M. Raphael Blanchard;

Médecine et chirurgie. — Prix Montyon, trois prix : à MM. Dastre, Duroziez, Lannelongue ; mentions à MM. Sanchez-

Digitized by Google

Toledo, et Veillon, Soulier, Zambaco; citations : à MM. Artaud et Butte, Battemann, Bloch et Londe, Catsarras, Debierre, Gernier, Gautrelet et Netter.

Prix Barbier: M. Tscherning; mentions à M. Dethil et à M. Dupuy.

Prix Bréant : M. Nepveu ; Prix Godard : M. Poirier, et une mention honorable à M. Wallich. Prix Chaussier : M. Brouardel et une mention très honorable à feu M. Duponchel. Prix Bellion : M. Carlier et M. Mireur : mentions très honorables à M. Cassedebat et à M. Ferrand. Prix Mège : M. Courmont. Prix Lallemand: partagé entre MM Gilles de la Tourette, E. Cathelineau et F. Raymond.

Physiologie. — Prix Montyon : MM Bloch et Charpentier; mentions : M. Hédon et M. Lesage. Prix La Caze : M. S. Arloing. Prix Pourat et prix Martin-Damourette : M. Gley.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 décembre 1891

Présidence de M. le Dr Tarnier

M. Panas lit un rapport sur un travail de M. le Dr Dransart sur le traitement de la conjonctivite granuleuse par les injections sous-cutanées de sublimé au 1000e. L'opération produit un chémosis intense et un gonflement énorme des paupières. Mais les suites sont favorables. Parfois il se produit des eschares de la conjonctive.

De l'abus du mercure dans le traitement des maladies oculaires. — M. le Dr Landolt s'élève contre l'abus du traitement général par le mercure des affections oculaires qui ne dépendent pas d'une origine spécifique Ces maladies en effet guérissent mieux avec un traitement local approprié, des soins d'hygiène générale, un régime tonique. Mal appliqué, le mercure est non seulement impuissant comme remède, mais encore nuisible parce qu'il affaiblit.

M. Morx lit une observation d'ostéo sarcome de la cuisse.

La politique sanitaire. — Sous le nom de politique sanitaire M. A. Martin définit la direction donnée par l'autorité publique aux mesures destinées à préserver, maintenir et améliorer la santé publique. Ces mesures intéressent à la fois les pouvoirs publics et les particuliers ; chacun est appelé à y prendre part, en France surtout, en raison des conditions générales et économiques de notre état social et du caractère démocratique qu'y revêt le gouvernement des affaires publiques.

De tous côtés, et depuis longtemps, l'on réclame des modifications à notre législation sanitaire. Le Parlement est saisi de plusieurs projets ou propositions, ayant tous pour but de donner à l'autorité publique des pouvoirs soit plus étendus, soit mieux définis en matière d'hygiène publique et aussi d'organiser l'administration chargée d'exercer ces pouvoirs avec compétence. La conséquence de ces réformes devra être la diminution, dans une mesure appréciable, des chances de mort qui nous menacent. La faiblesse de notre natalité, l'accroissement de moins en moins grande de notre population, nous en font un impérieux devoir.

Or, la protection de la santé publique réclame un certain nombre de précautions, dont les unes sont d'une application immédiate et dont les autres peuvent avoir une échéance plus ou moins éloignée. Elles ont toutes pour but et doivent avoir pour effet de mettre l'homme à l'abri de toutes les causes immédiates ou prolongées de maladie et même de dégénérescence physique anormale ; elles comprennent la défense des individus contre les conditions morbides, permanentes ou passagères, des milieux dans lesquels ils sont appelés à vivre

L'histoire de toutes les épidémies montre qu'elles naissent ou se propagent surtout dans les milieux dits insalubres Accroître la salubrité d'une localité ou d'un pays, c'est tout au moins prémunir ce pays contre la violence des manifestations épidémiques. La science a démontré tout ce que l'on gagne à stériliser l'air, l'eau, le sol.

Au point de vue pratique, il faut s'occuper des moyens immédiats et des moyens plus ou moins éloignés d'assurer la prophylaxie des épidémies et des maladies transmissibles. Les premiers se subdivisent comme il suit : l'information officielle des cas de maladie, la vaccination pour les affections dont le vaccin a jusqu'ici été trouvé, l'isolement, la désinfection sous toutes ses formes. Les seconds comprennent : les mesures d'assainissement des habitations, les mesures locales de salubrité.

La sauvegarde de la santé publique est légalement confiée en France au pouvoir municipal sous le contrôle de l'administration préfectorale. La loi sur les logements insalubres confère des pouvoirs particuliers aux conseils municipaux et la loi sur la protection des enfants du premier âge permet aux départemsnts de prendre des mesures déterminées pour ce qui concerne l'hygiène de la première enfance. L'Etat, d'autre part, s'est réservé plus directement la police sanitaire des épidémies de choléra peste et fièvre jaune, les travaux généraux d'assainissement et de salubrité, les établissements insalubres, le travail industriel, la salubrité des substances alimentaires. Enfin, certaines dispositions du Code sont directement applicables à la santé publique.

Il est facile de démontrer que la législation sanitaire française est à la fois trop générale, trop large et trop étroite : trop générale et trop large parce qu'elle ne définit pas les pouvoirs de l'autorité et laisse croire qu'en théorie elle lui en accorde d'absolus; trop étroite, puisque, dans la pratique, ces pouvoirs sont trop souvent sans effet en raison des entraves dont ils sont entourés. Les pouvoirs publics ont le droit d'ordonner toutes les mesures d'hygiène, mais ils sont tenus de n'en pas spécifier les moyens d'exécution ; les dépenses, même les plus urgentes ne peuvent être effectuées sans des retards, quelquefois considérables; ils peuvent, en principe, assurer l'assainissement, mais après des formalités sans nombre et sans règles précises

Notre législation sur les logements insalubres est devenue un obstacle considérable aux progrès de l'hygiène publique. Son abrogation s'impose, et elle devra avoir pour conséquence de confier au pouvoir municipal tout l'ensemble de la salubrité et de la prophylaxie, avec l'aide ou l'action du pouvoir central dans les cas de négligence, incurie, mauvais vouloir ou péril public. Il est non moins urgent d'établir dans chaque commune un règlement sanitaire, prescrivant les mesures et les procédés nécessaires pour protéger la santé publique, suivant les conditions locales et d'après les avis des agents et conseils compétents. La cohésion et la simplification des prescriptions légales concernant l'hygiène publique font, en effet, défaut en France.

Quelles que soient d'ailleurs les réformes justement sollicitées, on n'en peut attendre un effet utile et durable qu'autant qu'elles s'appuient sur les progrès de l'hygiène privée, sur la compétence des autorités qui en ont la charge et par suite sur le développement de l'éducation professionnelle des hygiénistes. Cette triple condition est indispensable pour assurer à l'hygiène publique la confiance qu'elle doit inspirer et lui donner une direction ferme, précise et régulière, conforme à son principe et ne livrant au hasard aucune de ses applications. D'où la nécessité de susciter le plus possible les initiatives, d'organiser l'enseignement et les pratiques de l'hygiène privée sous toutes les formes et de les encourager généreusement. Lorsque l'ingérence administive sera devenue absolument nécessaire si l'intérêt général se trouve vraiment compromis, elle sera d'autant mieux acceptée qu'elle aura été plus inaperçue, plus discrète et qu'elle aura su se montrer plus rare. La plupart de nos dispositions légales intéressant l'hygiène publique ont multiplié outre mesure les formalités administratives et font intervenir trop de pouvoirs à la fois; d'où la lenteur de leurs effets et quelquefois la nullité à peu près complète de ceux-ci.

Dans tous les pays, on peut constater de sérieux efforts pour mettre ces principes en pratique. On n'y conçoit plus qu'une fonction sanitaire administrative puisse être accordée sans s'être assuré de la compétence de celui qui est appelé à l'exercer ; on multiplie partout l'enseignement et l'éducation en matière d'hygiène et l'on en attend beaucoup plus les progrès sanitaires que de l'action coercitive des lois ; si celles-ci ont été généralement modifiées, c'est pour les mettre en harmonie avec l'organisation administrative générale et provoquer, et, en cas de nécessité, contraindre les initiatives locales.

Digitized by Google

En Europe, la plupart des peuples voient leur natalité s'affaiblir de plus en plus et presque parallèlement depuis 1872-1876, avec une rapidité d'autant plus grande que leur natalité était primitivement plus élevée. L'abaissement de la mortalité a suivi la même marche, comme il fallait s'y attendre; mais lorsque l'écart est encore resté appréciable ou n'a pas varié, il est aisé de se convaincre qu'il est dû à ce que l'hygiène privée a pu heureusement venir en aide à l'action de plus en plus autorisée et de plus en plus vigilante des représentants de l'hygiène publique.

Une politique sanitaire prudente et sagace commande donc d'assurer à la fois les trois conditions que nous venons d'énumérer, afin que les réformes législatives et administratives puissent rendre tous les services qu'en attend l'opinion publique. Négliger ces considérations, ce serait, l'événement l'a maintes fois montré, se préparer de sérieux mécomptes et s'exposer à de graves insuccès.

Elections pour le bureau de 1892. — Sont nommés : vice-président, M. le Dr Villemin, par 62 voix sur 67 votants; secrétaire annuel, M. Cadet de Gassicourt, par 47 voix sur 62 votants; membres du Conseil, MM Lancereaux et Leblanc.

INFORMATIONS

PARIS

Récompenses aux médecins des eaux minérales. — L'Académie de médecine a décerné les médailles suivantes :

1° *Médaille d'or* à M. le Dr Bourgarel (de Pierrefonds).

2° *Médailles d'argent* à MM. les Drs Belugou (à La Malou); Chauvet (de Royat); Frémont (de Vichy); Delastre (à Brides-les-Bains); Mabboux (de Contrexéville).

3° *Rappels de médailles d'argent* à MM. les Drs Challan, médecin principal de 1re classe; Chiais (à Evian), Percepied (au Mont-Dore); Planche (à Balaruc); Rodet (à Vittel).

4° *Médailles de bronze* à MM. les Drs Cornillon (à Vichy); Forestier (à Aix-les-Bains); Laussedat (à Royat) et Morisson, à l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains.

Récompenses pour le service des épidémies en 1890. — *Médailles d'or* à MM. les Drs Chabenat (de La Châtre); Fiessinger (à Oyonnax).

Rappels de médailles d'or à MM. les Drs Alison (de Baccarat); Jacques Bertillon; Coustan et Dubrulle, médecin-major au 145e de ligne; Gerlier (à Ferney-Voltaire); Jablonski (de Poitiers); Marvaud, médecin principal de 1re classe; Teissier (de Lyon).

Médailles d'argent à MM. les Drs Balestre (de Nice); Catelan, médecin sanitaire de France à Alexandrie (Egypte); Coiffier (au Puy); Courrent; Dubrulle; Duvernet; Henri Favier, médecin-major au 5e régiment de dragons; Fleury (de Saint-Etienne); Gleize, médecin-major de 2e classe; Jenot (à Dercy)

Rappels de médailles d'argent à MM. les Drs Bompaire (à Millau); Carlier, médecin-major au 74e de ligne; Darolles (à Provins); Frilet, médecin-major à Sousse; Geschwind, médecin-major de 1re classe à Mostaganem; Hébert (à Audierne); Leclercq (à Arras); Longet, médecin-major (à Givet); Schoull, médecin-major de 2e classe à Tunis; Sicard (de Béziers); Torthe, médecin-major à Agen.

Médailles de bronze à MM. les Drs Bidon (de Marseille); Butterlin (à Baume); Chonnaux-Dubisson (à Villers-Bocage); Gerbault, médecin-major de 1re classe au 10e de ligne; Emile Girat (à Neuvy-Saint-Sépulchre); Larue, médecin-major de 2e classe au 106e de ligne; Albert Lévy, médecin-major à Aumale (Algérie); Magnant (à Gondrecourt); Marix, médecin-major au 103e de ligne; Maurice Mercier, médecin major au 90e de ligne; Millet (à Noyon); Perronet (à Cherchell); Paul Raymond (à Paris); Emile Sudour, médecin-major au 15e de ligne; Thonion (à Annecy); Tueffert (à Montbéliard); Véron, médecin-major à l'école de Fontainebleau.

Rappels de médailles de bronze à MM. les Drs Delamare, médecin-major au 32e de ligne et Robert, médecin-major à Verdun.

Service de l'hygiène de l'enfance. — 1° *Médailles de vermeil* à MM. les Drs Bournet (à Amplepuis); Capelle (à Hermies); Mazade (à Marseille);

2° *Rappels de médailles de vermeil* à MM. les Drs Blache (de Paris); Jenot (à Dercy); Picard (à Selles-sur-Cher); Regnoul (à Villeneuve-la-Guyard)); Séjournet (à Revin);

3° *Médailles d'argent* à MM. les Drs Biron et Testelin (d'Argenteuil); Coffignon (à Marle); Delobel (à Noyon); Dumée (à Nemours); Grosjean (à Montmirail); Gierszynski (à Quarville); Picard (à Lagny); Toussaint (à Argenteuil); Van Merris, médecin en chef des salles militaires de Tours;

4° *Rappels de médailles d'argent* à MM. les Drs Carassus (de Milly); Driard (à Moret-sur-Loing);

5° *Médailles de bronze* à MM. les Drs Brun (à Ladon); Czajewski (à Orléans); Durand (à Saint-Martin-d'Auxigny); Gaudeffroy (à Vatan); Surbled (à Corbeil).

Prix et médailles accordés à MM. les médecins-vaccinateurs en 1890. — 1° *Un prix de* 1.500 *francs* à partager également entre MM. les Drs Coiffier (au Puy); Adrien Schmit (médecin-major au 20e du train des équipages), et Thomas (médecin-major à l'hôpital militaire de Bordeaux);

2° *Médailles d'or* à MM. les Drs Carlier, médecin-major au 74e régiment de ligne; L. Dupeyron, médecin-major au 66e de ligne à Tours; Joseph Guirard (à la Villegros); Huguenard, médecin-major au 6e régiment de hussards, à Bordeaux.

3° *Médailles d'argent*, à MM. les Drs Alirol (Le Puy), Aucopt (Doyet), Barbarin (Briançon), Bardy (Belfort), Barret (Chabanais), Bergerat (Neuilly-le-Réal), Blayac (E.) (Paris), Boudart (A.) (Marseille), Brallet (E.) (au Thillot), Braunberger (Paris), Calmette (A.), médecin de 1re classe des colonies; Camus, médecin-major au 41e de ligne; Carton, médecin aide-major; Cassedebat, médecin-major; Chabaud (Jaujac), Chenet (Paris), Chonnaux-Dubisson (Villers-Bocage), Ciaudo (Nice), Coudour (Saint-Ramber), Courrent (P.) (Tuchan), Cuq (Antonin) (Paris), Decourtieux (Noyelles-sous-Lens), Dubiquet (Lille), Duvernet (Paris), Fabre (Le Puy), Ferrand (Saint-Barnabé-Marseille), Fidel (Saint-Romain), Fleury (de) (Angoulême) Fontan (Saint-Jean-de-Mont), Fouquet (Vannes), Fuzet-du-Pouget (Casteljau), Gerbault, médecin-major au 10e d'infanterie; Germa (Cane); Gresse, interne provisoire à l'hospice des Enfants-Assistés (Paris); Godin, médecin-major au 112e d'infanterie (Antibes); Greuell (Gérardmer), Grivet, médecin-major au 3e cuirassiers; Hellet (Clichy), Jaubert (Michelet), Lagarde (Montauban), Lalage (Paul) (Albi), Lamarche (au Buis), Laurens (Magescq), Laurent (Briey), Laurent (E.), médecin-major au 22e d'artillerie; Lequeré (Callac), Liron, médecin-major à l'hôpital militaire de Fort-National; Mangenot (Paris), Marcaillou-d'Aymeric (Blida), Massina (au Boulou), Massot (Joseph) (Perpignan), Maze (Le Havre), Ménard (Feurs), Mercier (Ad.) (Besançon), Mesnard (Tourriers), Mordret (le Mans), Mouchet (Sens), Nodet (Chambon), Pauliot (Confolens), Pernet (Rambervillers), Perret (Romans), Perronnet (Cherchell), Peton (Saumur), Piedpremier (Ferdinand), médecin aide-major au 1er rég. étranger; Plorquet (Ay), Poujol, médecin aide-major au 23e bat. de chasseurs; Rigodon (Montbrison), Roquemaure (Fréjus), Sahut (Gannat), Sartre (Lavelanet), Souligoux (Vichy), Thominet (Paris), Thoumas (Paris), Vedel (Lunel), de Welling (Rouen), Zaleski (L.) (Alais).

Le rédacteur en chef, co-gérant : C. Eloy.

PARIS.— IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

CINQUIÈME ANNÉE — N° 53 — 30 DÉCEMBRE 1891

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

JOURNAL DES PRATICIENS

DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD — RÉDACTEUR EN CHEF : M. Charles ÉLOY

Comité de Rédaction : MM. BAR, E. BARIÉ, BÉCLÈRE, BROCQ, DEMELIN, DU CASTEL, GINGEOT, Charles MAURIAC, PICQUÉ Al. RENAULT, RIEFFEL, SCHWARTZ

AVIS. — L'Administration de la *Revue Générale de Clinique et de Thérapeutique* prie instamment ses souscripteurs de lui faire parvenir, en un mandat-poste, le montant de leur renouvellement pour l'année 1892 et d'y joindre l'une des dernières bandes du journal. *Ils éviteront ainsi les frais de recouvrement se montant à 75 centimes par quittance.*

Prime à nos Abonnés, *anciens et nouveaux* : voir page 840.

PROBLÈMES THÉRAPEUTIQUES

MÉDECINE

Hôpital Bichat. — M. le Dr Henri HUCHARD (1)

I. *Vomissements dus à l'hypochlorhydrie dans la fièvre typhoïde.* — II. *L'administration des ferrugineux dans la chlorose.* — III. *Insuffisance mitrale d'origine artérielle. Administration de la digitale.*

I. Vomissements dus à l'hypochlorhydrie dans la fièvre typhoïde. Leur traitement. — On traite souvent les vomissements d'une façon banale dans les maladies diverses, et c'est ainsi que l'on institue contre eux l'inévitable prescription de la glace, de l'eau de seltz et de la potion de Rivière. On fait alors de la mauvaise thérapeutique parce qu'on ne remonte pas à la cause, à l'étude pathogénique de cette complication.

Je vous présente une malade arrivée au déclin d'une fièvre typhoïde assez grave. Depuis huit jours environ, elle vomit tout ce qu'elle prend, quoique nous l'ayons soumise à une alimentation très modérée (laitage, bouillons et potages, un œuf). Vous avez constaté l'inefficacité de la *médication symptomatique* consistant dans l'emploi des boissons glacées, de la potion de Rivière et d'un vésicatoire pré-épigastrique. Je vous ai alors rappelé que l'état fébrile et la convalescence des maladies infectieuses déterminent une diminution de l'acide chlorhydrique secrété normalement par l'estomac, comme je l'ai démontré naguère (2). Or, sans avoir besoin de chercher au moyen de la sonde et des réactifs spéciaux (ce qui est assez malaisé dans la pratique journalière) ou encore au moyen du procédé de Günzburg que je vous ai décrit (3) (procédé souvent infidèle et d'un maniement encore difficile) la teneur du suc gastrique en HCl, j'ai mis à profit ce que la pathologie m'a enseigné, à savoir : l'hypochlorhydrie dans le cours ou dans la convalescence des états fébriles. J'ai fait alors de la *thérapeutique pathogénique*, et j'ai introduit dans l'estomac l'acide chlorhydrique qui lui manquait, d'après cette formule :

Eau distillée.....	500 grammes
Acide chlorhydrique.....	2 —

Un verre à madère trois fois par jour après le repas.

L'effet de cette médication rationnelle ne se fit pas attendre, et les vomissements avaient complètement disparu dès le second jour pour ne plus revenir, ce qui nous a permis d'alimenter la malade.

Je ne prétends pas dire que, dans la fièvre typhoïde, tous les troubles digestifs sont dus à cet état d'hypochlorhydrie; mais j'ai voulu vous démontrer que certains vomissements reconnaissent cette cause, et qu'en l'absence même de l'examen du suc gastrique, vous pouvez toujours instituer cette médication à titre de *médication d'épreuve*, d'autant plus qu'elle ne présente aucun inconvénient et qu'elle peut être suivie rapidement d'un grand succès.

II. L'administration des ferrugineux dans la chlorose — Voici une jeune fille atteinte d'une chlorose très accusée avec troubles dyspeptiques (anorexie, flatulences stomacales, quelques nausées, etc.) Or, on a l'habitude de raisonner ainsi au point de vue thérapeutique : chlorose = fer. C'est là une erreur, et souvent l'administration *immédiate* du fer à des chlorotiques dyspeptiques, loin d'amener une amélioration de leur état, détermine au contraire une aggravation rapide des symptômes qu'elles présentent.

J'ai déjà dit (1) qu'en agissant ainsi, on n'arrive « qu'à introduire du plomb dans l'estomac des malades » et que le fer, administré prématurément, exagère presque fatalement les symptômes gastriques. Vous tournez ainsi dans un cercle vicieux, et votre thérapeutique, en aggravant la dyspepsie, contribue encore pour sa part à augmenter l'état anémique. Or, dans la *chlorose dyspeptique*, il y a aussi très souvent de l'hypochlorhydrie qui se manifeste par l'appétence pour les acides, le vinaigre, etc., et qui tient sous sa dépendance bon nombre de troubles gastriques. Pour ces cas qui se présentent souvent dans la pratique, voici quelle doit être votre conduite :

Prescrivez pendant dix ou quinze jours la solution précédente d'acide chlorhydrique, et n'administrez les ferrugineux qu'après la complète disparition des troubles dyspeptiques.

La malade que je vous ai présentée est soumise à cette médication par HCl depuis déjà une dizaine de jours; elle va beaucoup mieux, et nous allons pouvoir bientôt

(1) Nous donnons une des *causeries* cliniques faites par M. Huchard, au lit du malade, dans ses conférences du jeudi à l'hôpital Bichat. Nous espérons que nos lecteurs prendront intérêt à cette innovation, car ces « leçons de choses » ont pour avantage de dire beaucoup en peu de mots. *Multa paucis.*
N. de la R.

(2) H. HUCHARD. Comment reconnaître la nature des troubles gastriques de la convalescence de la fièvre typhoïde, et comment les traiter ? (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, (1890, p. 796, n° 150).

(3) *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1890, nos 48 et 50.

(1) H. HUCHARD. Comment traiter une chlorose dyspeptique ? (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*. 1890, p. 764, n° 48).

Digitized by Google

commencer le traitement ferrugineux. Mais, je vois da sa prescription le vin de quinquina qui lui a été prescrit d'une façon un peu banale pendant mon absence. Or, je n'aime pas chez les chlorotiques dyspeptiques le vin de quinquina dont l'abus peut parfois créer une sorte de dyspepsie quinique. Il faut le supprimer.

Parmi les préparations ferrugineuses, celles que je préfère sont le citrate de fer, le tartrate ferrico-potassique et aussi le protoxalate de fer (à la dose de 0,20 à 0,50 centigr. par jour) que recommande M. Hayem en raison de son action faiblement laxative. Vous connaissez la formule des pilules toni-ferrugineuses que j'emploie (1); voici une autre formule simple à retenir :

Extrait de gentiane.....	10 grammes
Tartrate ferrico-potassique.....	
Poudre de noix vomique.....	1 —

Pour 100 pilules. Prendre deux pilules au commencement de chaque repas. S'il y a de la constipation, modifier ainsi la formule : extrait de gentiane et extrait de rhubarbe, de chaque 5 grammes.

III. **Insuffisance mitrale d'origine artérielle. Administration de la digitale.** — Voici une malade bien intéressante, parce qu'elle soulève un double problème clinique et thérapeutique. C'est une femme d'une quarantaine d'années, non rhumatisante, dont l'extrême pâleur de la face vous a tous frappés. Elle respire péniblement, et elle est atteinte de cette variété importante de dyspnée appelée *dyspnée d'effort*. A l'auscultation, vous constatez à la pointe un souffle bref, rapide, intense, se propageant peu dans l'aisselle et s'entendant à peine dans la région dorsale. Je n'insiste pas sur le diagnostic d'insuffisance mitrale *fonctionnelle*, diagnostic que j'appuie sur les caractères du souffle; je n'y insiste pas, parce que j'ai autre chose à vous dire.

Malgré l'existence de ce souffle mitral, je regarde cette malade comme une aortique, ou plutôt comme une artérielle (ce qui vous prouve une fois de plus que la constatation, la délimitation exacte d'un souffle cardiaque n'a qu'une importance relative). S'il s'agissait d'une insuffisance mitrale organique d'origine endocardique, on devrait constater un retentissement diastolique à gauche du sternum au niveau de l'artère pulmonaire (ce qui indique une augmentation de tension dans cette artère), et non pas à droite au niveau de la région aortique, comme je vous l'ai fait entendre (ce qui indique une augmentation de tension dans tout le système aortique). De plus, je vous fais constater le caractère de *rebondissement* des bruits du cœur, ébauche d'un bruit de galop léger que nous faisons apparaître en disant à la malade de marcher. Enfin, je vous prie de remarquer cette pâleur du visage qui n'est pas habituelle dans les affections mitrales. Malgré l'absence d'albumine, le diagnostic doit être ainsi formulé : *artério-sclérose cardio-rénale avec insuffisance mitrale fonctionnelle, et dyspnée toxique*. Vous savez que dans ces dyspnées toxiques qu'il faut savoir reconnaître à l'aide des signes précédents, le régime lacté exclusif fait merveille, et vous avez vu que cette médication si simple a délivré en quelques jours la malade de ses accès d'oppression.

Mais, au bout de quinze jours, elle avait repris l'alimentation habituelle et s'était intoxiquée à nouveau. Voilà la même pâleur du visage qui revient, la même dyspnée qui se reproduit. Les membres inférieurs commencent à s'œdématier, la tension artérielle s'est certainement abaissée, ce que nous constatons par la diminution du retentissement diastolique de l'aorte, et par la rareté des urines. Le régime lacté est devenu insuffisant, il fallai faire autre chose, et je lui ai prescrit une forte dose de digitale (50 gouttes de la solution de digitaline cristallisée de Mialhe au millième, en une seule fois et pendant un jour seulement, c'est-à-dire un milligramme, lequel équivaut à 4 milligrammes de digitaline amorphe).

Comment, me disiez-vous, une si forte dose de digitale si connue par ses effets accumulatifs, et cela dans une maladie caractérisée surtout par l'hypertension artérielle? Comment, une si forte dose de digitale dans un cas de dyspnée toxique pour laquelle vous répétez sans cesse qu'il ne faut pas administrer des poisons, afin de ne pas substituer un empoisonnement à un autre? Je réponds à vos objections :

1° La digitale agit lentement et s'accumule dans l'organisme. — Eh bien! c'est une raison pour la prescrire à dose massive. Quand vous voulez faire dormir un malade, vous lui injectez en une fois un centigramme de morphine, et non pas en quatre fois. C'est la même chose pour la digitale comme pour tous les médicaments dont l'action est lente. Autrement dit, ne fractionnez jamais les doses pour les remèdes qui agissent lentement; elles se fractionnent d'elles-mêmes dans l'organisme, en vertu même de la lenteur de leur action et de leur élimination (1).

Tout autre doit être votre conduite pour les médicaments à élimination rapide. Il faut fractionner les doses, pour que l'organisme soit le plus souvent et le plus longtemps impressionné par le médicament. Je vous ai souvent, à ce propos, cité l'exemple de cet épileptique atteint d'accès nocturnes, lequel prenait inutilement 8 grammes de bromure de potassium en deux fois dans la journée, et qui en fut à peu près débarrassé par deux doses de 2 gr. 50 prises le soir au commencement de la nuit.

Maintenant, pour la digitale, vous n'aurez jamais d'accidents, même en employant des doses élevées, si vous avez pris soin de faire précéder son administration de la prescription d'un purgatif et du régime lacté. Enfin il ne faut pas exagérer ses mauvais effets dans les maladies caractérisées par l'hypertension artérielle; car, le médicament ne fait pas qu'augmenter cette pression artérielle, il en est encore et surtout le régulateur. Du reste, je vous ai prouvé que, chez notre malade, la pression artérielle s'était sensiblement abaissée.

2° Sans aucun doute, dans les dyspnées *toxiques*, il faut se garder de prescrire des médicaments actifs qui pourraient, comme je le dis, substituer un empoisonnement à un autre; mais la digitale devient, par là, le plus inoffensif des médicaments. Car elle trouve dans la diurèse qu'elle provoque un correctif à son action toxique, puisqu'elle contribue à éliminer par le rein tous les poisons dont la rétention dans l'organisme contribue à produire des accidents d'intoxication. Ainsi donc, contre les dyspnées toxiques des cardiopathies artérielles, de l'artério-sclérose et de la néphrite interstitielle, vous remplissez par le régime lacté et la digitale deux indications : par le premier, vous préparez la diurèse et réduisez au minimum la production des toxines alimentaires; par la seconde, vous favorisez leur élimination. On peut donc dire que la digitale trouve en elle-même son correctif, et que la diurèse digitalique devient une sauvegarde pour l'organisme. Le plus souvent, le régime lacté seul suffit, et vous ne devez recourir à la digitale que dans les cas où ce régime n'a pas été suffisant pour faire disparaître tous les accidents. Ceci dit pour vous démontrer que les effets accumulatifs et la lenteur d'action de la digi-

(1) Voir : *Mementos thérapeutiques du praticien*, t. II, 1892.

(1) Voir : *Mémentos thérapeutiques du praticien*, t. I, 1891.

Digitized by Google

tale que tant de médecins redoutent, sont plutôt des qualités de plus à ajouter à ce merveilleux médicament; car c'est ainsi qu'il peut être plus longtemps retenu en réserve dans l'organisme.

Le succès obtenu chez cette malade a, du reste, démontré l'exactitude de ces assertions. Après l'emploi d'un purgatif, la prescription du repos et du régime lacté exclusif, j'ai ordonné cinquante gouttes de la solution au millième de digitaline cristallisée pendant un jour seulement, et en une fois. Dès le lendemain, la quantité des urines s'est élevée de 200 grammes à deux litres, et le surlendemain à quatre litres. En même temps, l'œdème des membres inférieurs a beaucoup diminué, la dyspnée a presque cessé, et nous avons assisté à la presque disparition du souffle mitral. Nous n'aurions certainement pas obtenu ces bons résultats d'une façon aussi rapide, si nous n'avions pas mis en usage le mode d'administration de la digitale que je vous ai si souvent recommandé.

Cela vous prouve, une fois de plus, qu'il ne suffit pas pour un ouvrier d'avoir un bon outil, il faut qu'il sache s'en servir. Or, tous mes efforts tendent à vous initier au maniement de la digitale qui n'a jamais été, entre des mains expérimentées, une arme dangereuse de thérapeutique.

CLINIQUE MÉDICALE

Traitement de la syphilis

LES MERCURIAUX, LEUR ADMINISTRATION A L'INTÉRIEUR (1)

Par M. le Dr FOURNIER.

(*Professeur v la Faculté; médecin de l'hôpital Saint-Louis*).

Le traitement de la syphilis par ingestion des mercuriaux représente la vraie, la grande méthode thérapeutique, celle qui est usuelle, celle que l'immense majorité des praticiens adopte.

Est-ce à dire qu'elle est indemne de tout danger? Non certes. On lui doit la préférence parce qu'elle est essentiellement commode. Des inconvénients, elle en a comme tous les autres modes de traitement; elle n'est exempte ni de stomatite, ni de gastralgie, ni d'influence sur la nutrition générale; tous ces inconvénients peuvent être évités par une bonne direction médicale.

Nos malades ont bien de temps en temps les gencives touchées, un peu de diarrhée, mais ce sont griefs éphémères. Mais si nous jugeons par comparaison, nous voyons cette méthode exempte des dangers rencontrés dans les autres, exempte de la douleur, des nodi, des abcès de l'injection sous-cutanée, exempte de la stomatite brutale, grave, générale d'emblée, profonde, que donnent parfois les frictions mercurielles, comme cela a eu lieu par exemple chez cette malade de nos salles, albuminurique chez laquelle la stomatite revêt l'aspect gangréneux.

Ce qui motive notre préférence pour cette méthode, c'est qu'elle est avant tout pratique. Quoi de plus simple que de faire avaler par jour une ou deux pilules ou de prendre une ou deux cuillerées d'une solution mercurielle, sans qu'il soit besoin, ni de préparatifs spéciaux, ni d'appareils particuliers. Y a-t-il là rien à comparer avec le dispositif des frictions, la corvée des injections, la solennité des fumigations? Il faut bien, en somme, tenir compte des exigences de la vie et ayant à choisir, n'étant guidé par aucune indication spéciale, je choisis l'ingestion et c'est pourquoi je conseille aux malades le traitement par pilule ou par solution.

La commodité de l'application n'est pas un petit argument, car dans la syphilis il faut: 1° traiter pendant longtemps; 2° traiter même alors que la maladie reste latente. Comment espérer que le sujet continuera à se soigner, si ces soins sont pour lui une charge et un ennui, s'il ne se sent plus rien? Le traitement lui deviendra odieux et il lâchera le traitement.

Toutefois je ne vous dis pas d'être exclusifs; car la meilleure méthode peut être proscrite par suite de certaines indications. Ainsi, vous avez affaire à un dyspeptique, à quelqu'un qui a facilement de la diarrhée, vous prendrez alors ou les injections ou les frictions; vous tombez sur un débilité, un impaludique par exemple, un cachectique qui ne vit que grâce à un état passable de son tube digestif, dans ce cas il faudra proscrire absolument cet excellent traitement. Ou bien c'est un nerveux qui a besoin de tonique ou de bromure de potassium; la place est prise pour la voie stomacale; on ne peut lui faire ingérer trois ou quatre remèdes. Usons donc d'autres voies.

En sorte que la méthode par ingestion constitue assurément une méthode excellente, recommandable par sa simplicité, se prêtant bien au traitement de la vérole qu'il faut poursuivre pendant les accalmies comme pendant les orages; mais ce ne doit pas être un système exclusif et l'on doit ne s'en laisser imposer que par les indications.

J'aborde le côté pratique. Quels sont les agents de cette médication? Ils sont innombrables; tout ce que la chimie a réalisé a été appliqué. Je ne vous énumérerai que les principaux, mais les deux grands médicaments restent toujours le bi-chlorure et le protoïodure de mercure. Dans les formulaires, ces recueils de remèdes à crédit périmé, on trouve un ramassis, de ces vieux remèdes, sans utilité aujourd'hui.

Le mercure en nature entre dans la préparation du mercure éteint, qui forme les pilules dites de Barberousse, du nom du corsaire algérien qui les envoya à François Ier qui en avait bien besoin. C'est toujours le mercure qui compose les pilules bleues, les pilules de Sédillot.

Le calomel est un détestable antisyphilitique, il donne de la diarrhée. Il provoque du ptyalisme. Il entrait dans les pilules de Plumert. Le sulfure, le proto nitrate, le turbith, etc. ne s'emploient plus; l'acétate de mercure, sous le nom de dragées de Keyser, a joui d'une certaine vogue, grâce à la réclame que leur fit Languet dans son roman intéressant de la Cacomonade.

Plus récemment sont apparus: le peptonate, le tannate, le salicylate. Le peptonate est une mauvaise préparation, un composé non défini, un mélange qui varie à l'infini. Le tannate sera bientôt abandonné, il n'est pas plus défini, on peut à volonté en fabriquer quinze espèces qui ne se ressemblent pas. Le salicylate, que nous a fait connaître M. Sylva Araujo, paraîtrait

(1) Leçon recueillie et rédigée par M. le Dr H. Gillet.

Digitized by Google

bon. Mais, somme toute, qu'est-il resté? Deux grands remèdes, le sublimé et le protoïodure. Ce sont ces deux médicaments que je vais étudier.

On emploie le sublimé de vieille date; Boerhaave et Van Swieten sont ses parrains; il est la base de la liqueur de Van Swieten et des pilules de Dupuytren. La liqueur de Van Swieten française actuelle se compose de : eau, 900; alcool à 80°, 100; et sublimé corrosif, un centigramme. C'est donc une solution au millième et chaque cuillerée à bouche contient seize milligrammes de sublimé. La formule n'a pas toujours été la même, elle n'est pas la même dans tous les pays.

Les pilules de Dupuytren, les vraies pilules, se composent de: sublimé, 1 centigramme; extrait d'opium, 2 centigrammes; extrait de gaïac, 4 centigrammes.

Nous devons le protoïodure à Biett, puis à Ricord qui nous a donné ces fameuses pilules qui contiennent : protoïodure de mercure et thridace, de chaque trois centigrammes; extrait thébaïque, un centigramme; conserve de roses, q. s.

Le sublimé et le protoïodure sont tous les deux excellents. Lequel choisir? Il n'y a pas de choix exclusif à faire; il y a des indications spéciales qui ressortiront du parallèle établi entre eux et qui portera sur trois points : 1° l'action ptyalique; 2° l'action sur le système digestif; 3° le point de vue thérapeutique.

Sur l'action ptyalique, le sublimé a sa légende de ne pas offenser la bouche, menteuse comme toutes les légendes. A petite dose, le bichlorure de mercure ne touche pas les gencives; il en est ainsi avec une cuillerée à bouche de liqueur de Van Swieten, avec une ou deux pilules de Dupuytren; mais si l'on monte à trois ou à cinq centigrammes, il produira ce que les autres produisent. Toutefois, il est de toute justice de concéder que la stomatite se montre plus rarement. Donc il agit peu dans ce sens; ce qui l'indique pour les malades à mauvaise bouche, à dents cariées.

Au contraire, le protoïodure est irritant pour les gencives; il est absolument ptyalique; beaucoup moins que les frictions. A quelle dose irrite-t-il? Eliminons les extrêmes, les idiosyncrasies, car chez certains sujets deux à trois centigrammes suffisent pour produire la stomatite, quand, de l'autre côté de l'échelle, quinze, vingt centigrammes ne font rien, ou comme dans une observation de M. Barthélemy dans laquelle quinze centigrammes, une première semaine, trente la seconde, quarante-cinq la troisième furent parfaitement supportés. Mettons donc de côté ces exceptions.

Un fait d'abord : c'est la grande différence de tolérance entre l'homme et la femme. La femme est beaucoup plus susceptible; ce qui est étonnant, la femme se tenant en général la bouche plus propre et n'usant pas du tabac. En dépit de ces qualités, la bouche de la femme tolère bien moins le protoïodure que celle de l'homme. Pour l'homme on arrive aux conclusions suivantes : 1° cinq centigrammes sont inoffensifs dans la presque totalité des cas; 2° huit centigrammes n'ont pas plus d'effet huit ou neuf fois sur dix; 3° dix centigrammes sont bien supportés avec des précautions d'hygiène buccale; 4° quinze centigrammes n'entraînent pas d'accidents en moyenne. Nous adoptons donc dix centigrammes comme dose moyenne.

En est-il de même pour la femme? Non, puisque sa tolérance est inférieure. Mais précisons. Cinq centigrammes sont presque toujours sans influence sur les gencives de la femme; c'est une constatation journalière, mais déjà les exceptions se montrent moins rares. Il n'y a pas d'irritation proprement dite, mais déjà un certain malaise; les malades ont les gencives agacées et s'en plaignent. Dans le monde plutôt encore qu'à l'hôpital, on observe une sorte de névralgie dento-gingivale; la malade a mal partout, dans toute la bouche, phénomène subjectif d'hyperesthésie dentaire. Il y a plus, déjà pour cette simple dose de cinq centigrammes apparait une ébauche de stomatite, la forme moyenne au maximum. Nous avons eu ces faits sous les yeux chez deux jeunes femmes du service, femmes un peu chétives, il est vrai, d'un poids assez faible, ce dont il faut tenir compte, comme nous l'apprennent les physiologistes.

Au-dessus de sept à huit centigrammes, tout marche sans danger dans la majorité des cas. Ici la dose usuelle sera de sept centigrammes et demi. Plus deux pilules de Ricord vont bien pendant une à deux semaines, mais si on prolonge leur administration, la gingivite se produit. Chez la femme, dix centigrammes c'est trop; quinze à vingt amènent presque infailliblement la stomatite.

Il m'est arrivé, pour des lésions graves, des iritis, des choroïdites d'arriver à ces doses; mais on n'y parvient qu'en louvoyant, en avançant, puis en battant en retraite.

Si nous nous résumons, en ne tenant compte que de la moyenne de tolérance, nous la mettrons pour l'homme à dix centigrammes de protoïodure et pour la femme de sept à huit.

Voyons la tolérance gastro-intestinale.

Ce n'est rien apprendre à personne que de dire que le sublimé est toxique et rien de surprenant qu'il soit un irritant gastrique; mais notez ce fait : lorsqu'il devient toxique, il agit sur l'intestin. Aussi chez les femmes en couches intoxiquées par les irrigations au bichlorure de mercure trouve-t-on des ulcérations intestinales.

Le sublimé provoque des crampes, des coliques stomacales, une sensation de barre à l'estomac. Les malades disent que le médicament leur démolit l'estomac. En terme médical, il y a gastralgie.

En général, phénomène éphémère, il conduit parfois à la dyspepsie; le malade ne souffre plus, mais digère mal.

En tous cas, il ne convient pas aux femmes, qui sont moins tolérantes. L'estomac de la femme ne le supporte pas. Je me rappelle qu'à Lourcine les malades appelaient la liqueur de Van Swieten le casse-poitrine. J'ai cependant vu une fois cinq centigrammes de sublimé parfaitement supportés.

Pour le protoïodure, la tolérance est bien plus grande et différente; il n'irrite pas l'estomac, mais l'intestin, provoquant des coliques passagères, un peu de diarrhée,

Digitized by Google

ou, passant souvent inaperçu. Les malades de la ville s'étonnent de ne rien éprouver, s'en plaignent même, de peur d'inefficacité du remède. Le protoïodure respecte donc l'estomac, ne touche que l'intestin. Les premiers jours attendez-vous à de la diarrhée, diarrhée d'accoutumance ; insistez, la diarrhée passe. Au cours du traitement quelques petits accès se renouvellent. Quelle en est la raison ? Est-ce mélange avec les aliments ? En tous cas c'est une diarrhée fugace, rien de plus.

Le protoïodure constitue donc une médication douce par excellence. Les malades savent bien faire la différence entre lui et le sublimé. Avec le protoïodure, ça va bien, ça va tout seul.

Au point de vue de l'effet thérapeutique, s'il y avait une grande inégalité entre les deux sels mercuriels, je ne parlerais pas des deux ; on ne peut pas dire que le protoïodure agisse plus ou moins que le sublimé et *vice versâ*.

Pour ma part, je crois que le protoïodure, mord plus sur la vérole, mais l'opinion contraire existe.

Il n'est pas discutable qu'avec le protoïodure on peut obtenir un effet plus intense ; la raison en est qu'on élève plus facilement la dose ; on peut, chez l'homme surtout, arriver à vingt centigrammes ; avec le sublimé, neuf fois sur dix on est arrêté par l'estomac, par les crampes, les vomissements et on est forcé de battre en retraite.

Voilà ce que j'avais à dire comme parallèle.

Résumons les avantages et les inconvénients : avec le sublimé, pas de ptyalisme, mais intolérance gastrique, un gros avantage, un gros inconvénient ; avec le protoïodure, ptyalisme, mais tolérance gastrique, donc un inconvénient, mais un gros avantage. Au point de vue thérapeutique, effet plus ou moins égal, avantagé en faveur du protoïodure par la possibilité d'élever les doses.

Qu'allons-nous conclure au point de vue pratique?

1° Pas de préférence à accorder, car exclure l'un ou l'autre, c'est perdre un médicament utile.

2° Prescrire tel ou tel des deux, selon les indications particulières.

Exemple : Un malade a la bouche en mauvais état; le mercure constitue un danger; l'indication est nette et précise; nous préférerons le sublimé. Voilà un autre sujet qui arrive avec un estomac susceptible, un nerveux. Chez un tel malade, nous savons que le sublimé ne sera pas toléré ; donnons le protoïodure.

3° Quand il n'y a pas d'indication spéciale, préférée, le protoïodure qui est mieux supporté, pour lequel l'intolérance buccale est plus rare que l'intolérance gastrique avec le sublimé. Il y a donc chance que le protoïodure soit toléré ; ce sera le favori ; il a la première place, il la conserve.

Reste à aborder trois grosses questions : 1° Sous quelles formes donner les mercuriaux? 2° Comment et quand les livrer à l'absorption ? 3° A quelles doses?

La liqueur de Van Swieten est une bonne préparation. Mais il ne faut pas la donner pure, il faut l'édulcorer, la mettre dans un peu d'infusion de thé ou de menthe, dans de l'eau sucrée aiguisée de rhum, dans du lait, qui corrige bien la saveur métallique, qui, quoiqu'on fasse, reste une saveur atroce.

D'où l'utilité des pilules ; mais celles de Dupuytren sont à modifier, le gaïac à supprimer, l'opium à diminuer, trois pilules en contiennent six centigrammes, dose énorme, inutile.

Sublimé corrosif.....	0,01 centigramme.
Extrait thébaïque	0,01 —

C'est bien suffisant pour servir de passeport au sublimé.

Les pilules au protoïodure de Ricord prêtent aussi à la critique ; chacune contient seize milligrammes d'opium, trente-deux pour deux pilules, ce qui est excessif. On les modifiera ainsi :

Protoïodure de mercure.....	0,05 centigrammes
Extrait thébaïque.....	0,01 centigramme

Il n'y pas d'opium en excès et il y a ce qu'il faut pour faire tolérer le mercure.

Mais ici se place une recommandation pratique de premier ordre, quoique souvent oubliée : terminer la prescription en ajoutant, f. s. a. tant de pilules *molles*, car elles durcissent rapidement ; si peu qu'elles soient anciennes et durcies, ce ne sont plus des pilules, mais des projectiles, c'est du plomb de chasse ; ce qui est à craindre pour les pilules faites par fournées. Sous cet état, elles ne sont pas absorbées et on les retrouve dans les matières ; la pilule file dans l'intestin comme un pépin de poire. C'est un fait fréquent, j'en ai la preuve. Soupçonnez-le, quand la syphilis résiste malgré l'augmentation de la dose ; ajoutez quelques gouttes de glycérine, le malade guérit de suite ; c'est une histoire qui se produit journellement.

Second point. Quand et à quelles heures administrer les médicaments? Ici une vieille coutume veut que la distribution se fasse le matin et le soir, mais la tolérance se fait bien moins bien qu'en prescrivant avant, aussitôt avant ou plutôt au cours même du repas, en plein repas s'il y a menace d'intolérance. Ce petit stratagème est très utile; on provoque de la gastralgie, de la dyspepsie en faisant prendre les mercuriaux à jeûn ; le témoignage des malades nous prouve qu'avec les aliments la tolérance s'établit bien.

Souvent la femme ne supporte pas la pilule de Ricord entière ; dans ce cas un autre petit stratagème, couper la pilule en deux et faire prendre la moitié à chaque repas.

Pour les doses dont le succès dépend, il ne faut pas craindre. On a peur des doses. Quelle est la quantité vraiment utile ? Je n'hésite pas à affirmer qu'on se tient habituellement au-dessous de ce qui est nécessaire. Je le sais par les ordonnances que j'ai vues, par les conversations avec les malades ou les médecins. Quelques preuves : je voyais venir à moi un grand gaillard de 30 ans, porteur d'une syphilide tuberculeuse, qui avait été traité 3 ans auparavant pour une syphilis ordinaire. Il avait fait un traitement, c'est vrai, mais un simple traitement de quelques mois, pendant lesquels il prenait 5 centigrammes de protoïodure. Or, 5 centigrammes pour un sujet de cette taille, c'est insuffisant ; aussi après trois ans apparaissait une syphilide tuberculeuse.

Digitized by Google

Cinq centigrammes de protoïodure est une dose presque inerte. Encore si on s'en tenait à des doses faibles, mais j'ai, dans mes notes, l'histoire d'une femme atteinte de phagédénisme, à laquelle on donnait un milligramme de sublimé, dose ridiculement faible. Autre exemple : dans un cas de syphilis maligne précoce, on ordonnait six, dix-milligrammes par jour, quantité cinquante fois inférieure à la quantité efficace. Donc il y a foule de malades qui ne sont véritablement pas traités. C'est une expectation déguisée.

Il est délicat de fixer mathématiquement une dose; car il n'y a pas de dose uniforme ; elle varie suivant les symptômes, suivant les malades. Il n'y a pas une dose ; il y a des doses qui gravitent autour de la moyenne. Pour le sublimé, la dose curative est, pour l'homme, de 3 centigrammes ; pour la femme, de 2 centigrammes ; au-dessous il n'y a pas d'effet actif sur la vérole.

La dose de protoïodure est plus élevée ; pour l'homme elle est de 10 à 12 centigrammes, pour la femme de 7 à 8. Telle est la dose efficace moyenne, capable d'influencer non seulement les accidents actuels, mais la vérole à venir, de sauvegarder l'avenir.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

GYNÉCOLOGIE

Aménorrhée et vertige de cause utérine, par M. TER-GRIGORIANTZ. — Il s'agissait d'une femme de 32 ans, multipare, qui, depuis un avortement datant de quatre mois, accusait des douleurs épigastriques et lombaires. On ordonna des douches et les phénomènes douloureux cessèrent (*Centralb. f. Gynæk.*, 14 nov. 1891).

Le mois suivant, mêmes douleurs, et, de plus, vertige. On dilata le col et on examina la cavité utérine. Rien sur la face antérieure de cette cavité; des végétations sur la face postérieure. On pratiqua le curettage : le vertige et les phénomènes douloureux cessèrent; le malade guérit. Pour M. Ter Grigoriantz, ces accidents étaient d'ordre reflexe et d'origine utérine.

S. R.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

CHIRURGIE

Traitement de certains cals vicieux par l'ostéotomie malléolaire, par M. GANGOLPHE. — Aux types de cals vicieux par fracture du péroné avec arrachement de la malléole interne, l'auteur oppose le traitement chirurgical suivant : 1er temps : ostéotomie du péroné: 2e temps : ostéotomie de la malléole interne à sa base ; 3e temps (exceptionnellement) : ablation d'une rondelle tibiale (*Lyon méd.*, 6 déc. 1891).

De là ses conclusions :

1° L'ostéotomie appliquée au traitement des cals vicieux consécutifs aux fractures du péroné avec arrachement de la malléole interne est préférable à la résection tibio tarsienne ; il n'est pas nécessaire de faire la ténotomie.

2° Il paraît logique de faire la section du péroné dans le premier temps de l'opération, d'abord parce qu'elle a suffi dans certains cas à difformité très prononcée, et ensuite parce qu'elle permet de luxer le pied en dehors et de réséquer plus facilement le tibia, si la nécessité s'en fait sentir.

3° Si l'ostéotomie seule du péroné est insuffisante, on fera celle de la malléole interne en l'ébarbant. Dans certains cas exceptionnel, son peut être forcé d'enlever une rondelle tibiale plus ou moins épaisse.

4° On aura soin de reconstituer la mortaise tibio-pérnéale par la réimplantation avec ou sans suture de la malléole interne.

N. D.

DERMATOLOGIE

Le tuménol contre les maladies de la peau, par M. NEISSER. — Comme l'ichthyol, cette substance provient des huiles minérales. C'est une base obtenue en traitant ces dernières par l'acide sulfurique et se combinant avec les alcalis. L'auteur a fait usage du tuménol sulfurique sous forme de poudre, de pommade ou de teinture éthérée et de glycéré (*Deut. med. Woch*, 5 nov. 1891).

Ce médicament paraît utile à essayer contre les eczémas de médiocre intensité, les brûlures au premier et au second degrés, les différentes formes de prurit dûs au prurigo ou à l'eczéma, les ulcérations superficielles de l'echtyma et les ulcères de la jambe. Reste à savoir si le tuménol possède, ce qui paraît douteux, une véritable action antiseptique.

S. R.

REVUE DE JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

I. *Prévention d'homicide par imprudence contre un médecin, acquittement.* — II. *Achat d'un appareil par un médecin : condamnation du malade au remboursement.*

I. **Prévention d'homicide par imprudence contre un médecin.** — Le procès a été jugé le 26 octobre dernier. Voici les faits, d'après le réquisitoire du Parquet :

Le 3 avril 1891, Mme D... présente son fils, atteint de rachitisme, à l'examen du Dr M... On le traita avec de l'huile de foie de morue phosphorée. Les 6, 7, 8, 9 et 10 avril, l'enfant but chaque jour une cuillerée de cette huile. Le 11, il a été pris de vomissements, et le médecin cessa d'administrer l'huile de foie de morue phosphorée, qu'il remplaça par de l'huile de foie de morue ordinaire, mais l'intoxication par le phosphore avait produit son effet. L'enfant est mort le 15 avril, à trois heures et demie du matin, à l'hôpital Trousseau, où il avait été transporté dans la soirée du 14.

Le 20 avril 1891, après autopsie et examen des viscères de l'enfant, M. le Dr Legroux rédigeait un rapport qui se termine ainsi :

« Il résulte des observations cliniques, des lésions anatomiques et des recherches chimiques, que l'enfant D... a dû succomber à un empoisonnement accidentel par le phosphore. »

Au cours de l'information, il a été établi qu'aucune faute n'était imputable au pharmacien, la quantité de phosphore contenue dans l'huile de foie de morue étant inférieure à celle portée dans l'ordonnance du médecin. Quant à celui-ci, sa responsabilité pénale est engagée ; il a employé un remède dangereux sans avoir étudié les matières et la constitution de son malade, et continué, pendant cinq jours, à donner ce remède sans interruption et sans prendre le temps d'en juger les effets. Et cependant l'inculpé était plus édifié qu'aucun autre médecin sur le caractère dangereux du remède qu'il avait prescrit, puisque deux de ses malades avaient été pris de vomissements après avoir bu de l'huile phosphorée, et le Dr M... aurait dû arrêter le traitement.

Il y a lieu d'ajouter que le remède préparé par le pharmacien ne contenant pas le dosage de phosphore indiqué dans l'ordonnance, le remède prescrit était encore plus dangereux que le remède administré.

L'imprudence du médecin est manifeste.

Digitized by Google

Notre confrère a donné les explications suivantes :

Je reconnais que, dès les premiers jours, j'ai donné à l'enfant une cuillerée d'huile de foie de morue phosphorée. On me l'a ramené jusqu'au 10 avril et j'ai donné le même médicament. Le 11, on m'a dit que l'enfant avait la diarrhée. J'ai suspendu le traitement.

Je repousse la prévention d'imprudence. Les accidents signalés n'ont pu survenir qu'à la suite d'accumulation et sans que médecin puisse prévoir que le malade n'a pu s'assimiler ce médicament. Depuis un an je traite les enfants par le phosphore, d'après les auteurs et non de mon invention ; je n'ai jamais eu de cas d'intoxication, bien que les enfants aient suivi ce traitement pendant assez longtemps. Je pense que la dose de phosphore administrée n'était pas excessive, d'abord parce que nombre d'enfants ont suivi ce traitement pendant vingt jours sans accidents et que, d'autre part, la dose est indiquée au Codex.

Audition des témoins :

M. Legroux confirme son rapport et ajoute que la dose du médicament n'était point anormale. C'est aussi l'avis de M. Brouardel qui, tout en considérant le phosphore comme un médicament d'emploi difficile, reconnaît que des auteurs estimables en recommandent l'emploi contre le rachitisme.

Le jugement du tribunal, c'est fort heureux, a été favorable à notre distingué confrère :

Attendu qu'il n'existe à la charge du prévenu aucun fait caractérisé d'imprudence, de défaut de précaution ou d'inobservation des règles engageant la responsabilité pénale ;

Renvoie le Dr M... des fins de la poursuite sans dépens.

Qu'en conclure ? Que l'emploi médicinal du phosphore n'est point exempt de danger, ce que l'on n'ignorait point ; et que de tels procès sont regrettables, dans l'intérêt général de la profession médicale, même quand ils se terminent, fort heureusement, comme dans le cas actuel, en faveur d'un honorable confrère, aussi inconsidérément mis en cause.

II. **Achat d'un appareil par un médecin, condamnation du malade au remboursement.** — C'est à la justice de paix de Lorrez-le-Bocage que la question a été jugée le 9 septembre 1891.

Il s'agissait d'une gouttière de Bonnet que M. le Dr B... avait achetée sur l'ordre verbal de Mme D... pour la somme de deux cents francs, et que cette dernière refusait de payer, prétendant que l'application de l'appareil ne lui avait été d'aucune utilité. Elle offrait seulement de tenir compte de sa location.

Voici un extrait du jugement qui a donné droit à notre estimable confrère :

« Attendu que si, en raison du chiffre de la demande, la preuve testimoniale du mandat allégué par le docteur Ballacey n'est pas admissible, ce mandat n'en est pas moins dès à présent établi ; qu'il est bien certain, en effet, qu'en demandant et, en tout cas, en acceptant les soins répétés du docteur Ballacey, la veuve D... lui a tacitement donné le mandat de faire tout ce qui pouvait être nécessaire pour arriver à sa guérison ;

« Attendu que l'application de la gouttière de Bonnet était le traitement commandé dans la circonstance et, du reste, habituellement employé en pareil cas ; qu'il ne peut donc être reproché au demandeur aucune faute pouvant engager sa responsabilité, et qu'ainsi l'achat et l'emploi de cet appareil étaient parfaitement justifiés, la veuve D... doit, en conformité de l'article 1999 du Code civil, rembourser au docteur Ballacey les avances par lui faites pour l'exécution du mandat, sans qu'il y ait lieu de tenir compte du plus ou moins d'efficacité du traitement employé, ni de rechercher si ce résultat est ou non dû à l'impatience de la défenderesse ;

« Par ces motifs, condamnons la veuve D... à payer au docteur Ballacey la somme de deux cents francs pour les causes susénoncées ; la condamnons, en outre, aux intérêts de droit de ladite somme et aux dépens. »

FAITS CLINIQUES

Nyctalopie et insuffisance mitrale

par M. le Dr Marquié (*de Saint-André-le-Triton*).

J'ai soigné, il y a quelque temps, une malade, qui, à la dernière période d'une maladie de cœur, a eu quelques phénomènes insolites.

Elle a présenté, en effet, dans les derniers mois de sa vie, de la nyctalopie, phénomène que je n'ai pas trouvé dans les divers ouvrages que j'ai en ma possession.

Obs. Mme X..., âgée de soixante ans, de constitution robuste, a eu dans sa jeunesse des accidents rhumatismaux et quelques autres maladies sans importance. Grossesse il y a quarante ans, métrite consécutive. Depuis quelques années, douleurs de rhumatisme chronique. Les articulations des poignets sont déformées, les doigts surtout présentent des nouures aux articulations. C'est en outre une névropathe à grande originalité de caractère. Sa sœur a depuis sa jeunesse des crises intenses d'hystérie, crises qui se continuent encore aujourd'hui.

J'ai été appelé à donner des soins à Mme X..., il y a une huitaine d'années, pour des accidents d'asystolie. Les symptômes qu'elle présentait à ce moment n'apparaissaient pas pour la première fois. Le tableau est complet (gonflement des membres inférieurs, essoufflement aux moindres mouvements et même dans le repos, cyanose des lèvres et bouffissure de la face, pouls petit et irrégulier, etc.). La percussion du cœur donne une grande surface de matité et la pointe de l'organe bat dans le septième espace intercostal et très en dehors de la ligne mamelonnaire. A l'auscultation, bruit de souffle intense à la pointe, se prolongeant vers l'aisselle droite. Sous l'influence d'un traitement approprié, ces accidents se sont calmés sans disparaître complètement. Dans les années qui ont suivi, j'ai été à même de lui donner des conseils, toujours pour la même maladie et rien d'anormal dans la marche de cette affection n'a appelé particulièrement mon attention. Ce n'est que dans la dernière année de la vie que des phénomènes visuels sont venus s'ajouter aux précédents.

Vers la fin de 1889, cette femme eut dans la nuit des visions effrayantes. Il lui semblait voir autour de son lit des individus armés de couteaux ou d'autres instruments tranchants avec lesquels ils la menaçaient. Elle ouvrait les yeux et, à son grand effroi, elle voyait toujours les mêmes individus. Tantôt leur figure était complète, tantôt, elle apercevait seulement la partie inférieure de la face ; tantôt aussi, ils avaient une figure humaine, et tantôt c'étaient des monstres hideux. Ces visions ont reparu les nuits suivantes, et, l'on peut dire, se sont continuées sans interruption jusqu'à la fin.

Vers février 1890, d'autres phénomènes se sont joints aux premiers, et c'est sur ces derniers surtout que mon attention s'est portée, car ils ne paraissent pas avoir été signalés jusqu'ici dans les affections cardiaques à la période d'asystolie.

Une nuit, la malade, en s'éveillant, constata qu'elle voyait *à peu près clair*, bien que les lumières de sa chambre fussent

Digitized by Google

éteintes et qu'il fit très noir. Elle distinguait très bien son armoire, située du côté opposé à son lit, et surtout sa clef, ainsi que sa lampe en cuivre placée sur une table au milieu de son appartement.

Elle voyait, mais moins distinctement, son mari dans l'autre lit, en face le sien. Elle eut peur alors, appela au secours ; on alluma une lumière et la sensation visuelle disparut. Si elle fermait les yeux elle ne voyait rien, si elle les ouvrait elle voyait les meubles placés dans sa chambre et surtout les objets en métal : clef de l'armoire, lampe de cuivre). Au jour, elle n'éprouva plus ces phénomènes.

L'examen intérieur des yeux ne m'a rien démontré d'anormal sauf un léger rétrécissement pupillaire. Rien à l'ophthalmoscope. De ce côté un oculiste eût peut être mieux vu que moi. A partir de ce moment, les mêmes phénomènes se sont répétés chaque nuit, et je dois dire qu'avec les visions effrayantes, ils n'ont pas peu contribué à rendre particulièrement pénibles les derniers jours de la maladie.

La fin de l'observation ne présente rien à signaler. La malheureuse femme est devenue très infiltrée, sa respiration de plus en plus difficile, la circulation s'est embarrassée, les urines se sont peu à peu supprimées et ont donné des traces d'albumine; elle a eu du délire dans les derniers jours et s'est éteinte le 29 juillet 1890.

La partie importante de cette observation, absolument classique pour tous les autres points, réside dans la nyctalopie de la malade. Si nous nous en rapportons aux diverses définitions, elle est incomplète, Fano (Traité des mal. des yeux, p. 479, tome II) dit : dans la nyctalopie, les sujets *sont aveugles dans la journée*, et ne distinguent bien qu'après le coucher du soleil.

Littré et Robin définissent la nyctalopie : « Une maladie caractérisée par la faculté qu'a le malade de ne distinguer les objets qu'à une faible lumière ou pendant la nuit, tandis qu'ils ne peuvent supporter le grand jour. »

La nyctalopie de ma malade était donc incomplète puisqu'elle voyait pendant le jour.

Quelle en était la cause? Littré et Robin disent qu'elle « dépend souvent de l'extrême sensibilité de la rétine ou de l'iris. » Peut être dans le cas actuel était-elle la suite du défaut d'hématose et du défaut de fonctionnement rénal amenant à leur suite une certaine toxicité du sang. Daguenet, (p. 33, Manuel d'ophthal.) dit en effet qu'elle se trouve dans l'amblyopie toxique. Peut-être aussi était elle due à de la congestion céphalique par suite du mauvais fonctionnement du cœur.

Pour G. Sée (Maladies du cœur, formes anormales, p. 374). « L'hyperhémie veineuse de la rétine n'engendre presque aucun trouble visuel. Cependant, on peut rencontrer quelquefois des troubles opposés, etc... » et il cite une observation de Galezowski relative à une jeune fille qui, atteinte d'une insuffisance mitrale, éprouvait, avec un affaiblissement de la vue, de la photophobie, des visions lumineuses comparables à des fusées rouges ou blanches. Galezowski ajoute lui même que « cet état variqueux reste sans influence sur la vision. Moi même je n'ai rien constaté à l'ophthalmoscope, mais ici j'ai bien pu ne point voir, n'ayant pas la prétention de bien me servir de cet instrument. G. Sée ajoute, parlant des phénomènes oculaires (p. 372): «Il en est cependant que n'accompagne aucune lésion appréciable du fond de l'œil ».

La nyctalopie doit être d'ailleurs très rare, car les ouvrages sur les maladies des yeux en parlent peu; à peine s'ils y consacrent quelques lignes, et le Dictionnaire de Dechambre n'en donne qu'une courte définition. Dans les quelques auteurs que j'ai consultés, il n'en est fait aucune mention comme accident ultime des maladies du cœur.

M. Peter parle de troubles cérébraux apparaissant la nuit, ce qui est particulier aux troubles d'origine cardiaque. G. Sée indique des troubles oculaires qui, dit-il, ne sont pas rares et dont l'étude est très récente. Il indique des hyperhémies rétiniennes, apoplexies, etc..., mais rien qui ressemble à l'observation ci-jointe. Je ne trouve non plus aucun cas analogue dans les ouvrages de Raccoud et Huchard ; ce qui me fait conclure à la rareté d'un fait qu'il m'a paru intéressant de signaler.

REVUE DES LIVRES

Fièvre typhoïde (*monographie clinique et thérapeutique*), par M. le Dr F. Coutenot, professeur de clinique interne à l'Ecole de médecine de Besançon.

Le *Journal des Praticiens*, appréciant cet ouvrage à sa juste valeur, a pu en donner la primeur dans des mementos thérapeutiques sur les divers traitements de la fièvre typhoïde.

Il y a encore dans ce livre une partie clinique que nos lecteurs ne connaissent pas et qui est réservée aux *causes*, aux *formes*, à la *physiologie*, à *l'anatomie pathologique*, à la *symptomatologie*, aux *signes pronostiques*, enfin à l'histoire intéressante de quelques *épidémies* qui ont sévi à Besançon.

Ce livre si consciencieux repose sur une expérience de trente années, des observations personnelles, et non « sur une servile compilation ». M. Coutenot, mû par un sentiment de grande modestie, a fait imprimer cette monographie pour ses élèves et ses amis, parmi lesquels je m'honore de compter; il ne s'en trouve donc qu'un petit nombre d'exemplaires en librairie. Je le regrette pour ma part, car je n'ai jamais lu un livre plus intéressant, plus pratique, où l'observation personnelle tienne autant de place. Dans l'intérêt des praticiens, il faut espérer que notre distingué collaborateur voudra bien faire paraître une seconde édition de son livre. Tout le monde y gagnera.

C'est, en effet, un ouvrage d'observation clinique et celle-ci — M. Coutenot l'a écrit bien judicieusement — quand elle est exacte, « ne vieillit jamais ». H. Huchard.

Les effets de l'usage et de la désuétude sont-ils héréditaires? (*Examen des opinions de Spencer et de Darwin*), par M. Willam Platt Ball avec appendice de M. H.-F. Osborn (traduction par M. Henry de Varigny). (Lecrosnier et Babé, Paris, 1891.)

Ce petit volume est le second de la bibliothèque évolutionniste.

Tout le monde admet l'influence de l'exercice ou de la désuétude, qui veut dire défaut d'exercice, sur les fonctions et par suite sur les organes.

Le système de Lamarck a eu pour but d'établir que ces effets ne se bornent pas aux organes de l'individu; mais qu'ils deviennent héréditaires c'est-à-dire s'étendent à l'espèce. L'évolution se rait alors le résultat d'habitudes acquises, modifiées et transmises par l'hérédité.

Darwin défendit les idées de Lamarck dans ses premiers tra-

Digitized by Google

vaux et dans les suivants, attacha plus d'importance aux variations accidentelles, à la sélection naturelle et à la sélection artificielle pour expliquer l'évolution, qu'à l'hérédité.

Spencer a repris et défendu très habilement et très énergiquement la théorie de Lamarck dans sa théorie de l'adaptation fonctionnelle transmise héréditairement.

L'auteur vient à son tour battre en brèche la théorie de Lamarck et s'attaque plus spécialement aux arguments exposés par Spencer.

La diminution des mâchoires chez les races civilisées, la diminution des muscles masticateurs chez les chiens d'appartement, le resserrement des dents, les crustacés aveugles des cavernes, le cou allongé de la girafe, les insectes neutres, les folies héréditaires, l'hérédité des facultés esthétiques, les modifications héréditaires des pigeons, des lapins, la myopie héréditaire des horlogers et des graveurs forment autant de chapitres dans lesquels l'auteur établit que là où l'on voit l'hérédité il faut y voir les effets des variations et des sélections répétées sur chaque anneau de la chaine qui constitue l'espèce.

Nous ne pouvons prendre part à ce débat physiologique, mais nous croyons que si la transmission héréditaire des habitudes n'est pas nettement démontrée, l'auteur n'a pas démontré non plus que cette transmission n'existait pas. Pour nous le débat n'est pas clos et tout en admettant la possibilité de la création artificielle de la race de chiens sans queue et l'existence de l'épilepsie traumatique héréditaire des cochons d'Inde de Brown Séquart, nous sommes bien obligés de reconnaître que les Israélites continuent à se faire circoncire et que les filles nouvellement nées continuent à présenter un hymen en dépit de la défloration de leur mère, condition essentielle, antérieure de leur conception. La question de l'hérédité est reprise à nouveau par Galton, Weissmann et autres naturalistes et fortement entamée.

En aliénation mentale, l'exagération de l'hérédité dans la folie a touché au délire et pour notre part nous nous sommes toujours fait un devoir de lutter contre cette tendance; mais il ne voudrait pas tomber dans l'exagération inverse qui consisterait à nier absolument son influence. Le but de l'observation scientifique est actuellement de connaître dans quelles limites s'exerce cette influence.

Dr Charpentier,
Médecin de l'hospice de Bicêtre.

MÉMENTO THÉRAPEUTIQUE

TOXICOLOGIE

De la conduite à tenir dans un empoisonnement aigu par la cocaïne

On parle beaucoup, en ce moment, des empoisonnements chirurgicaux par la cocaïne. Un cas récent et malheureux, survenu dans la pratique hospitalière, a mis les chirurgiens parisiens en légitime émoi. C'est un accident que la vulgarisation rapide de cette méthode d'anesthésie peut rendre, hélas! trop fréquent. Que faire dans un cas semblable?

Le *cocaïnisme aigu*, dont il s'agit seulement dans l'espèce, a, pour caractéristique physiologique, l'excitation nerveuse: d'où l'*indication physiologique* de combattre cette excitation.

Dans le domaine clinique, il se traduit:

1° Par des troubles psychiques: inconscience, obnubilation de la pensée, délire, tintements d'oreille, état vertigineux avec étourdissement, etc., etc.

2° Par des troubles sensitifs: dissociation de la sensibilité; d'une part, diminution de la sensibilité générale et de la sensibilité à la douleur; d'autre part, conservation de la sensibilité tactile.

3° Par des troubles de la motilité: titubation dans la marche, tremblements, convulsions, tétanisation des muscles respirateurs: d'où la dyspnée, l'asphyxie.

4° Par des troubles circulatoires: état syncopal, surtout dans la station verticale; dilatation pupillaire; de plus, ici, à la périphérie, vaso-dilatation au début, c'est-à-dire injection conjonctivale, état vultueux du visage; plus tard, vaso-constriction et pâleur des téguments; là, — au centre, — ataxie du muscle cardiaque....

Bref, dès les premiers signes d'intoxication, prévoir et prévenir la syncope; plus tard, combattre le collapsus respiratoire et cardiaque: voilà l'*indication symptomatique*.

Les moyens thérapeutiques dont on dispose sont peu nombreux: raison majeure pour les manier avec énergie.

Au début: faire prendre au malade la position horizontale; cette manœuvre suffit pour diminuer l'état syncopal. Sur le visage, aspersions d'eau froide; c'est banal, mais non pas inefficace; sur le corps, des lotions, et, contre les convulsions, des enveloppements froids.

Il y a menace d'asphyxie: on a la ressource de la flagellation, du massage et de la respiration artificielle.

Contre la tétanisation des muscles respiratoires, on dispose des inhalations chloroformiques.

Le visage est-il pâle? On fait inhaler le nitrite d'amyle pour provoquer la vaso-dilatation, modifier la pression artérielle, amener l'hypotension en diminuant l'encombrement de la circulation centrale au profit de la circulation périphérique et finalement soulager le cœur.

Mais cela ne suffit pas encore: la déglutition est-elle possible? On administre le café et la caféine par la voie buccale; sinon, on pratique des injections sous-cutanées d'éther, à raison du contenu de une, deux ou trois seringues de Pravaz — et des injections de caféine.

En résumé, l'effort thérapeutique doit être double. D'une part, *modérer l'excitabilité réflexe* du système nerveux, son exagération conduisant à l'asphyxie par tétanisation des muscles respirateurs; d'autre part, *soutenir le cœur et rétablir l'équilibre de pression sanguine dans l'arbre circulatoire*. Le danger n'est point seulement, comme on l'a dit, dans l'asphyxie et au poumon: il est encore au cœur et dans les vaisseaux.

Envisagé à ce point de vue moins terre à terre, le traitement du cocaïnisme aigu est un cas particulier de la médication artérielle.

Ch. Eloy.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

MÉDECINE

Un traitement antiseptique de la fièvre typhoïde. — Employée par un médecin russe, Smakowsky, cette médication n'est rien moins qu'originale dans ses moyens. Cependant, elle est rationnelle par le mode d'administration des remèdes employés:

1° Pendant le premier septenaire, le malade ingère, d'heure en heure, un paquet de calomel et jusqu'à dix semblables:

Calomel	0 gr. 05
Sucre de lait pulvérisé	0 — 20

Pour prévenir la stomatite, gargarisme avec la solution de chlorate de potasse.

Digitized by Google

2° Dans le cas de faiblesse cardiaque: infusion de digitale (0 gr. 30 à 0 gr. 60 de feuilles pour une verrée d'eau).

3° Si le calomel échoue et ne jugule pas la maladie: faire prendre, chaque jour, quatre des cachets antiseptiques suivants:

Sous-nitrate de bismuth..... }	áà 0 gr. 15
Sulfate de quinine..... }	
Naphtaline pure.....	0 — 025

REVUE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES ÉTRANGÈRES

ANGLETERRE. — **Société de pathologie de Londres** (15 décembre 1891). — I. *Le xanthome des diabétiques.* — AUTRICHE. — **Société impériale des médecins de Vienne** (18 déc. 1891). — II. *L'anesthésie chirurgicale par le pental.* — III. *La narcose par le bromure d'éthyle.* — **Collège des médecins de Vienne** (14 déc. 1891). — IV. *Traitement du tabès par la méthode de Bonuzzi.*

I. **Le xanthome des diabétiques.** — Cette affection se rencontre rarement et le cas que MM. CLARKE et M. MORRIS signalent serait seulement le dixième.

Il y a quatre mois, le malade, en bonne santé apparente, accusait sur les coudes et la surface postérieure des membres une éruption papulo-tuberculeuse, rougeâtre, devenant plus tard jaunâtre. Chaque papule était constituée par un nodule graisseux en contact immédiat avec un follicule pileux. Les lymphatiques voisins étaient remplis de graisse. Ces nerfs conservaient leur structure normale, les vaisseaux sanguins étaient entourées de cellules graisseuses ; enfin les tissus conjonctif et élastique avaient subi également la même dégénérescence.

En même temps on constatait la présence du sucre dans les urines. Sous l'influence d'un traitement arsenical, les accidents cutanés disparurent et pendant le traitement le malade accusa un prurit intense.

MM. Malcom Morris et Clarke considèrent le xanthome des diabétiques comme morphologiquement identique au xanthome plan et comme le résultat d'une dermatite profonde avec dégénérescence graisseuse. Les seules différences qui séparent ces xanthomes sont d'ordre clinique et non histologique.

II. **L'anesthésie chirurgicale par le péntal.** — Bien qu'il ne soit point vraisemblablement appelé à remplacer le chloroforme, le pental a été employé par M. HACKER. L'anesthésie demandait une à deux minutes et se prolongeait pendant un temps plus long que celle par le bromure d'éthyle. Il a pu pratiquer ainsi des opérations d'un quart d'heure de durée.

De l'avis de son collègue, M. BRENER, cet anesthésique qui n'est point nouveau, puisqu'en 1857 Billroth l'employait et obtenait une narcose complète suivie d'un réveil rapide avec des doses variant entre 10 et 20 grammes.

Cet anesthésique est-il sans danger ? Non, et dans un cas sur cent vingt dans lesquels il en a été fait usage, on note un accident : collapsus, arrêt du pouls, dilatation pupillaire et cessation du réflexe cornéen.

L'élimination du pental s'opère par les voies respiratoires. Doit-il remplacer le chlororforme ? Non, il coûte cher, ne produit qu'une résolution musculaire incompléte s'enflamme aisément et possède une odeur désagréable.

III. **La narcose par le bromure d'éthyle.** — Après le pental, le bromure d'éthyle. Il a pour avocat M. GLEICK qui a réuni cent cinquante observations relatives à son emploi comme anesthésique chirurgical.

Quels ont été les résultats cliniques de son administration ? Cinq fois il y a eu des vomissements au réveil; une fois des convulsions épileptiformes pendant le narcose.

Les effets musculaires sont incomplets; de là, son infériorité au chloroforme. De plus, à doses élevées, il peut produire le collapsus et la cyanose.

On peut donc en faire usage pour de petites opérations, pour lesquelles il suffit d'une demi-anesthésie. La dose ne doit point excéder 15 à 20 grammes pour les adultes et 5 à 10 grammes pour les enfants.

IV. **Traitement du tabes par la méthode Bonuzzi.** — Destinée à remplacer la suspension, cette médication gymnastique consiste à produire l'extension forcée de la moelle en portant avec énergie, mais sans violence, les pieds en avant, et en fléchissant le genou jusqu'au contact du front du malade. Pendant cette manœuvre la tête est supportée par un coussin.

Bonuzzi a déclaré que cette manœuvre produit un allongement de la moelle trois fois plus grande que l'élongation.

Ce serait là une supériorité que M. Benedikt semble reconnaître en citant les guérisons obtenues dans un grand nombre de cas. Toutefois, à ceux qui voudraient l'essayer, il convient de rappeler que la méthode de Bonuzzi cause parfois des accidents : gonflement des cuisses, rachialgie, hémorrhagies musculaires, syncope, etc, K. P.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 décembre 1891

Présidence de M. le Dr TERRIER.

Anesthésie chirurgicale par la cocaïne. — M. QUENU a employé depuis six mois soixante fois la cocaïne comme anesthésique local pour diverses opérations sur la face, des extirpations de loupes, lipômes, des ongles incarnés, l'hydrocèle vaginale... Comme M. Reclus, il emploie la solution au 1/50e et injecte de un à sept centigrammes de substance active.

Deux fois il a constaté des symptômes légers d'intoxication, et une fois des accidents graves. Les premiers, survenus dix minutes après l'ingestion, consistaient en loquacité, contracture des masséters, pouls accéléré, et cessèrent une demi-heure après, grâce aux injections d'éther.

Dans le troisième cas, il s'agissait d'un homme de 34 ans, atteint d'hydrocèle. A 10 h. 15, M. Quenu injecta d'abord quatre centigrammes de cocaïne dans la peau du scrotum, puis un centigr. dans la cavité vaginale. Il pratiqua la cure radicale de la tumeur; quatre minutes après l'injection, le malade se plaignit de fourmillements dans les membres supérieurs, d'impotence fonctionnelle, de contractures, enfin de perte de la notion des membres : — 10 h. 33, il ne se préoccupe nullement de son opération, qu'il ne sent pas; la respiration est brève, les mouvements du cœur irréguliers, les pupilles dilatées ; impossibilité de remuer les membres contracturés. — A 10 h. 45, la contracture commence à disparaître ; à 11 heures, il remue les membres. A midi, le malade est hors de danger, mais encore très faible.

M. Quenu blâme l'emploi de doses élevées de cocaïne : en injection sous-cutanée, il ne veut pas dépasser 5 à 6 centigr. Dans les cavités séreuses, cette dose ne doit pas dépasser celle dont l'absorption est exempte de danger, ni être supérieure à dix centigr.

M. SCHWARTZ a pratiqué trois cents opérations à l'aide de la cocaïne tant sur la face que sur le tronc, les membres, la tunique vaginale. Il n'y a eu qu'un seul accident dans un cas de kyste spermatique double du cordon. Après l'évacuation du liquide, il injecta dix centigr. de cocaïne dans la poche et les retira au bout de trois minutes. Très peu de temps après, pâleur de la face, menaces de syncope, tremblement dans les membres ; tous accidents qui cessèrent après une demi-heure.

M. Schwartz divise les régions du corps où l'emploi de la cocaïne est possible en trois catégories :

Digitized by Google

1° La face et le tronc, sur lesquels l'usage de la bande d'Esmarck, destinée à empêcher l'absorption, est impossible ; il faut user d'une grande prudence et ne pas dépasser cinq centigr. en solution très diluée.

2° Les membres, sur lesquels l'application préalable de la bande d'Esmarch donne une sécurité absolue. Dose maxima : 7 à 8 centigr.

3° Le scrotum, la cavité vaginale et les séreuses. On peut avoir des accidents avec 10 centigr. injectés dans la cavité vaginale ; on emploiera donc des doses moindres dans ces cavités, l'absorption est très rapide.

On a parlé de doses maniables, mais il est impossible de les préciser et elles sont variables suivant les individus.

M. Reynier se sert de doses minimes, 4 à 5 centigr. Deux fois il a vu des accidents graves chez des cardiaques. Chez un homme atteint d'épithélioma de la lèvre inférieure, emphysémateux avec dilatation du cœur, il injecte un centigr. dans la lèvre inférieure ; le malade eut une syncope grave. Chez un de ses parents, atteint d'affection du cœur, un dentiste injecte un centigr. de cocaïne dans la gencive ; le patient eut une syncope avec pouls petit et menaces d'asphyxie pendant plus de deux heures. Cet accident fut le point de départ de troubles asystoliques suivis de mort.

La cocaïne doit donc être maniée avec grande prudence chez les cardiaques.

M. Reclus. — Nous savons que la cocaïne est un poison dangereux. Mais existe-t-il des doses maniables que l'on peut employer avec sécurité, ou son usage est-il infidèle ? Tout d'abord il convient d'analyser les cas de morts connus dans la science. Dans sa dernière communication, M. Berger annonçait que M. Richardière avait fait 11 autopsies de personnes mortes par la cocaïne ; c'est une erreur. M. Richardière n'a fait qu'une autopsie d'empoisonnement par la cocaïne ; mais, à sa connaissance, il y a eu 10 cas de morts nerveuses dans différents pays. Encore une erreur, d'après M. Reclus : ce nombre étant de 15 dans le monde entier. Sur ces 15 décès, il convient d'en éliminer deux dans lesquels les malades ont ingéré 1 gr: 62 et 1 gr. 50 de cocaïne. Trois autres cas doivent être éliminés, parce que la dose du poison n'a pu être connue ; il s'agit de pulvérisations de cocaïne sur le pharynx et les amygdales Le quatrième cas est celui du dentiste rapporté par M. Labbé, la dose étant restée inconnue.

Restent neuf observations mortelles connues de M. Richardière.

M. Reclus en élimine encore cinq, parce que les doses injectées, évidemment trop fortes, ont été de 1 gr. 50, 1 gr. 30, 1 gr. 30, 0 gr, 80, 0 gr. 50.

Dans deux autres cas, la mort est survenue après une injection de 0 gr. 37 (cas de M. Berger) et de 0 gr. 22 dans un cas où les détails nous manquent. Nous savions déjà qu'un malade pouvait succomber après une injection de 0 gr. 22. Quant à lui, il n'avait pas eu besoin de cet avertissement pour modifier sa pratique ; il savait que les fortes doses (0 gr. 20) étaient inutiles. Avec 0 gr. 10 et 0 gr. 12 il a pratiqué des opérations de longue durée : gastrastomie, l'anus iliaque, la castration, l'ouverture des abcès de la face, l'extirpation d'une tumeur strotale. Il reste donc une grande marge pour les idiosyncrasies individuelles entre la dose anesthésique de 0 gr. 12 et la dose mortelle de 0 gr. 22. Cependant deux cas de mort ont été rapportés avec des doses inférieures à 0 gr. 12.

M. Abadie, injecte 0 gr. 04 de cocaïne sous la paupière d'une femme de 71 ans ; face vultueuse, troubles axphyxiques, mort dans l'espace de cinq heures, sans pâleur du visage, ni syncope, ni refroidissement, ni convulsions Trois mois avant, cette femme avait été atteinte d'apoplexie cérébrale ; n'aurait-elle pas succombé à un nouvel ictus, plutôt qu'à un empoisonnement par la cocaïne ?

Reste le cas de M. Bouchard (de Lille), dans lequel la mort survint après une injection de 0 gr. 10 de cocaïne. Cette femme portait une corde ou cilice, violemment serré autour du thorax. Très timorée, elle aurait eu une syncope au moment de l'opération ?

D'après M. Reclus, les doses maniables de cocaïne seraient donc de 0 gr. 10 à 0 gr. 12 en injection sous-cutanée. On peut, à l'aide de la solution à 2 0/0, injecter six seringues de Pravaz et anesthésier un champ opératoire considérable, ce qui fait deux centigr. par seringue et 0 gr. 12 en totalité. De plus, la solution à 1 0/0 serait même suffisante ; à la dose de six seringues, c'est-à-dire de six centigr.

D'ailleurs ce serait une erreur de croire que toute la dose injectée est absorbée ; une certaine quantité de cocaïne sort avec le sang après l'incision des tissus. Toutefois, dans le cas d'injection perdue, M. Reclus ne dépasse pas six centigr. de cocaïne. Il est donc possible d'abaisser les doses habituellement employées.

La question de dose n'est pas le seul facteur, la concentration de la solution joue un rôle important. On a eu des alertes avec 0 gr. 10 en solution concentrée. On ne doit pas injecter dans les vaisseaux ; pour l'éviter, il faut pousser le piston de la seringue en même temps que l'aiguille.

D'autre part, on peut assimiler les séreuses aux vaisseaux, l'absorption y est en effet très rapide. On prendra donc les plus grandes précautions lorsqu'il sera nécessaire d'y pratiquer l'anesthérine cocaïnique.

Depuis cinq ans M. Reclus a pratiqué 1,600 injections de cocaïne ; il n'a eu des alertes légères, mais jamais d'accidents graves.

M. Lucas-Championnière. Aujourd'hui la cocaïne est entre les mains, les plus inexpérimentées. Cette situation est dangereuse ; il faut s'élever contre cet abus pour éviter de nouveaux accidents.

Traitement des luxations congénitales de la hanche par la méthode sclérogène. — L'absence de la cavité cotyloïde de l'os iliaque, qui est l'un des caractères anatomiques de la luxation congénitale de la hanche, rend cette affection rebelle aux divers traitements qui ont été préconisés contre elle. Cependant, chez un enfant de 3 ans, atteint de cette laxation, M. Lannelongue a créé un sourcil cotyloïdien par l'injection de gouttes de chlorure de zinc dans le périoste de l'os iliaque en arrière de la tête du fémur. Deux séances d'injection ont été pratiquées ; il espère que le bourrelet osseux artificiel devenu résistant empêchera la sortie de la tête du fémur.

Dr H. Marciguey.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 décembre 1891

Présidence de M. le Dr Tarnier

La séance est levée en signe de deuil, par suite du décès de M. Moutard-Martin, ancien président de l'Académie.

BULLETIN DE LA SEMAINE

L'enseignement de la médecine dans les hôpitaux de Paris

Mercredi dernier, la cinquième commission du Conseil municipal avait convoqué vingt chefs de service, médecins, chirurgiens, accoucheurs, *un environ par hôpital*, pour leur soumettre un contre-projet aux propositions, actuellement en discussion, sur l'organisation

Digitized by Google

de l'enseignement de la médecine dans les hôpitaux.

Le contre-projet de M. Brouardel s'occupe : d une part, de mieux réglementer le stage, mesure désirable ; d'autre part, d'assurer à la Faculté le concours de certains services hospitaliers. Voici en résumé son économie.

1° Elévation à trois années du stage obligatoire. Il commencerait avec la troisième inscription et cesserait avec la huitième, et comprendrait un service de quatre semestres dans les services généraux et de deux semestres dans les services spéciaux (maladies cutanées syphilitiques, nerveuses et mentales, des yeux, des voies urinaires, des enfants).

2° Répartition des stagiaires par groupes de vingt dans les services désignés à cet effet sur la demande des titulaires de ces services.

3° Une commission mixte composée de quatre membres de la Faculté, le doyen y compris, de trois membres du conseil de surveillance et du directeur de l'Assistance publique, choisirait les services et répartirait les élèves entre eux.

4° Nomination par le ministre de l'Instruction publique et pour une année, des chargés de cours supplémentaires qui recevraient une indemnité annuelle de 3,000 francs et *payée par l'Etat.*

5° Autorisation par l'Assistance publique de cours libres dans les hôpitaux ; ces cours, rétribués par les élèves, seraient faits par des chefs de service, à l'exclusion de tous ceux qui, par leur situation d'agrégés, sont appelés à siéger dans les jurys d'examen.

Ajoutons, à titre de renseignement, que la majorité des médecins des hôpitaux qui ont pris part à la réunion de l'Hôtel-de-Ville, a manifesté, après audition de ce projet, ses préférences pour le *statu quo*, quant à la répartition actuelle des stagiaires.

Nous enregistrons cette information à titre de renseignement. Quoique officieux, mais en raison de la haute fonction de doyen que son éminent auteur remplit, le projet de M Brouardel a quelque droit de passer, ce semble, pour un *projet émanant de l'Etat.* Il viserait alors objectif limité, les modifications à introduire dans le régime intérieur de l'enseignement clinique de la Faculté, mais non pas une *organisation rationnelle et libérale de l'enseignement médical dans les hôpitaux parisiens?* Ou bien serait-ce un premier pas pour l'annexion future et l'absorption du corps médical des hôpitaux par la Faculté? Dans ce cas, il aurait une tout autre portée

Quelque soit le résultat final du débat actuel, le *Journal des praticiens* ne regrette point de l'avoir provoquée. Loin de là ; il s'agit d'un intérêt *général*, celui des élèves et celui de la médecine française ; il ne doit point être question d'intérêts *particuliers* : corporatifs ou universitaires seulement.

Un point est acquis. Tout le monde, officiellement ou officieusement, avoue le mal : c'est un résultat. Il faudra bien, sous la pression de l'opinion, finir par y porter le seul et véritable remède qui n'est mystérieux pour personne. CH. ELOY.

INFORMATIONS

PARIS

Association générale des médecins de France. — Une décision du Conseil général fixe au 4 février l'election du président, en remplacement de M. H. Roger, et aux 24 et 25 avril 1892 l'assemblée générale annuelle.

ÉTRANGER

ALSACE-LORRAINE. — **Les étiquettes médicamenteuses.** — Une ordonnance, qui aura force de loi à partir du 1er janvier, spécifie que les flacons de pharmacie, contenant des remèdes pour l'usage interne, seront de forme ronde avec une étiquette blanche. Ceux pour l'usage externe auront une forme carrée à pans coupés avec une étiquette rouge.

Le gouvernement allemand ne saurait guère revendiquer l'originalité de cette mesure qui existe ailleurs depuis long temps.

NOUVELLES MILITAIRES

FRANCE

Ecole du service de santé militaire. — Sont nommés répétiteurs : MM Berthier (physiologie et histologie) ; Hassler (médecine opératoire et accouchements) ; Ferraton (anatomie).

Nomination dans le corps de santé des colonies. — *Au grade de médecin principal* : . MCanolle, médecin de 1re classe.

Etudiants en médecine et infirmiers militaires. — *Un homicide par imprudence.* L'administration à un soldat d'une solution phéniquée au lieu d'une solution de sulfate de soude amènera prochainement un infirmier de la garnison de Paris devant le Conseil de guerre. C'est l'occasion de regretter la loi militaire actuelle qui ne permet plus l'utilisation des étudiants en médecine comme infirmiers régimentaires où, de l'avis de tous les médecins militaires, ils rendaient les plus grands services et assuraient une sécurité absolue au commandement, au point de vue des prescriptions médicales et hygiéniques. Aujourd'hui, on recrute les infirmiers militaires parmi les incapables de tout autre service spécial, même du service d'ordonnance, et on les change tous les mois. Il y a là une situation grave sur laquelle nos confrères, députés ou sénateurs, ont le devoir d'attirer l'attention du gouvernement Serait-il donc impossible, dans l'intérêt général, de concilier le respect de la loi actuelle avec la nécessité d'assurer la santé de nos soldats contre une réglementation aussi boiteuse que personne n'ignore dans l'armée.

NÉCROLOGIE

En France : MM. les Drs Cavailhes (de Saint Pierre de Trévisy), Deville, médecin militaire ; Bourbon (de Courlon) ; Fleury et Magnier, anciens médecins militaires ; Lallier (de Longueval), Houz (d'Alger), Lecamelier (de Barneville), Sagnier (de la Grand'Combe), S. Dehenne, de Bourbourg (Nord), père de notre sympathique confrère parisien et collaborateur M. le Dr Dehenne ; Jegu (de Paris). Monterot de la Maladière (de Langres), l'un des doyens par l'âge, sinon le doyen des médecins français, âgé de 99 ans et ancien médecin militaire ; Rojecki (de Le Meu), Leveau (de Joux-Fresnoy), Marchand (de Boult), Lepelletier (de Tilly-sur-Seulles), Leroux (de Dives), Barborin (de Briançon), Malmenayde (de Thiers), Moutard Martin (médecin honoraire des hôpitaux de Paris)

En Alsace-Lorraine : M. le Dr J. Klein (de Niederbronn).

En Allemagne : M. le Dr F. C. von Rothmund, professeur honoraire de la Faculté de Munich.

En Italie : M. le Dr Incoronato, professeur à la Faculté de Rome.

En Russie : M le Dr Brandt, professeur émérite à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg.

Prime à nos abonnés. — *Vient de paraître :* t. II. des **Mementos thérapeutiques des praticiens.** — Prix : 5 francs. — T. I et II réunis : prix 10 francs.

Pour nos abonnés anciens et nouveaux :

T. I et II, pris *isolément* dans nos bureaux, 2 fr. 50; envoyé franco à domicile, 3 fr. 25.

Les deux tomes *réunis :* dans nos bureaux, 5 fr.; envoyés franco à domicile, 6 francs.

Le rédacteur en chef, gérant : C. ELOY.

PARIS.— IMP. CHARLES SCHLAEBER. 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

TABLE DES MATIÈRES

A

ABADIE. Voir : Conjonctivite.
ABATE-DAGA. Voir : Anémie.
Abatuya. Voir : Dyspepsie.
Abcès *froids.* Traitement par l'iodoforme, 59.
— et plegmon du cou, par SCHWARTZ, 772.
— du *grand droit abdominal,* par BROCA, 708, — du sein, par DEMELIN, 768.
— périuréthral, 816;— de la marge de l'anus,par DUPLAY, 767.
— urineux, par DESNOS, 236 ; — par HORTELOUP, 797.
Abdomen : *Contusions,* traitement par MOTY, 166 ; — *plaies par balle,* par BERGER, 236 ; — *pénétrantes.* par TERRIER, 283, 682: — lésions, par WASSILIEF, 816 ; Voir : Cœur.
Absorption cutanée des corps gras, par GUINARD et BOUVET, 188.
Académie *de médecine,* 13, 30, 45, 63, 77, 95, 111, 126, 143, 158, 175, 190, 205, 223, 238, 253, 270, 297, 314, 330, 346, 362, 378, 394, 411, 440, 475, 491, 507, 521, 537, 555, 570, 587, 603, 619, 634, 650, 667, 683, 698, 715, 731, 747, 763 779,793, 810,826, 839;—de **Bruxelles**,de **New-York**; Voir : Societés savantes.
— *des sciences,* 253, 763, 826.
Accouchement. *Dystocie* par rigidité du col, par BLANC, 219 ; — et atrophie des membres inférieurs, par CHAMBRELENT, 100; Emploi de la noix de kola dans la dystocie, par CHAMBARD HÉNIN, 198 ; -- et endométrite, par DEMELIN, 627.
Extraction de la tête dernière par DEMELIN, 41, 279, 309, 403 ; — Forceps sur la tête dernière, par MORARD, 139.
Grossesse extra-utérine ,par TUFFIER, 189 ; LEBEC, 238 ; PINARD, 537 ; BOISIEUX, 649 ; Ses causes, 539.
Hémorrhagies, pendant l'—, par COE, 695 ; — du col après l'—, 644; — de la délivrance, par DEMELIN, 259.
Mortalité dans une maternité allemande, 538.
Nettoyage de l'utérus après la délivrance, 649.
Placenta prævia total, par DEMELIN, 626 ; — Sa rétention et la pression atmosphérique, par GAVILAN, 612; — son insertion, par DEMELIN, 260 ; — *Présentation* du sommet et bosse sanguine, par DEMELIN 531 ; Petitesse de la tête fœtale, 627 ; Pommade pour le toucher, 472 ;
Cordon, sa procidence, par PELLISSON, 132 ; — et latérocidence, par BUDIN et CROUZAT, 467.
Septicémie puerpérale, par SWIÉCKI, 511 ; Traité des —. Voir : Iode, grossesse, monstres, obstétrique, utérus.
Acétanilide. Voir : Bronchite.
Acetone. Recherches sur l'—, par RÉALE, 340.
Acetonurie et digestion, par LORENZ, 660.
Acide borique. Voir : Furoncle.
Acromégalie, 683 ; — par PINEL MAISONNEUVE, 189.
ADAMKIEWICKZ. Voir : Cancer.
Adénite *chancreuse,* traitement, par WILLONDER, 280.
— *inguinale,* traitement, par SCHWARTZ, 397.
— *tuberculeuse* et naphtol camphré, par COURTIN, 370
ADLER. Voir : Cornée.
Adonine : Propriétés de l'—, par INOKO, 580.
Agaric en *poudre* contre les sueurs des phtisiques, 67.
Albuminurie et strontiane. 728. Voir : Blennorrhagie, Cœur.
Alcalins : Action sur la nutrition, 729.
Alcool et alcoolisme, par WILKS, 585 ; Dyspepsie alcoolique, par HAYEM, 697 ; — et idées de persécution, par DOURISBOURG, 168 ; — dans l'enfance, par GILLET, 751 ; — et paralysie générale, 511 ; — par CHARPENTIER, 509 ; — et tuberculose, 569 ; ses progrès, 684.
— Voir : Phtisie, toxicologie.
ALEXANDER. Voir : Tuberculose.
Aliénation mentale. *Hérédité* régressive, par CHARPENTIER, 65; — mutisme des aliénés, par MORET, 271.
— *Responsabilité légale,* par CHARPENTIER, 728.
Aliénés. Législation, par JACOB, 167. Voir : Enfants, etc.
Aliénistes. Association des — allemands, 411 ; Congrès des —, voir : Sociétés savantes.
Aliments. Leurs falsifications, 234.
ALISON. Voir : Furoncle.
Alopécie. *Traitement* de l'—, par MORROW, 696. Pseudo —, par VARIOT. 345.
Allaitement. Augmentation du poids du corps pendant —, 65; — par le lait de chèvre, par MOUSSET, 15.
ALLEN. Voir : Erysipèle.
ALLINGHAM. Voir : Appendicite.
Aloïne. Action, par MEYER, 387.
AMAND. Voir : Quinine.
Aménorrhée et vertige, 834.
Amers. Succédané des gouttes de Baumé, 516.
AMICI. Voir : Erysipèle.
Amputation. *de Choppart,* 806 ; Voir : Cocaïne.
Amygdales. *Amygdalite* aiguë : traitement, 729 ; par la créoline, 55; *gommes* des —, par NATIER, 119 ; *hypertrophie* : traitement par l'ignipuncture, 281. Voir : Syphilis.
Amyle (Nitrite d') et empoisonnement chloroformique, par MAMMEN, 309.
Amylène et épilepsie, par BLOCQ, 297.
Anatomie du système nerveux, par FÉRÉ, 299.
— topographique, par TILLAUX, 340 ; Unification de la nomenclature. 32.
Anderson. Voir : Cocaïne.
Anémie. Diagnostic, par JAKSCH, 40 ; — et gastrite, 76 ; Traité de l'—, par MAUREL, 267 ; — post hémorrhagique, par ABATE-DAGA, 737.
Anémonine, par DUPUY, 360.
Anévrysme *aortique,* par LAVERAN, 440.
— *artério-veineux* de la carotide interne, par DIEU, 474; traitement, par REGLUS, 489 ; —, par CURTIS, 229.
— *inguino-cruraux,* par BAZY, 28.
— *du tronc brachio-céphalique,* par LE DENTU. 665.
Voir : Poplité, aorte, etc.
Anesthésie, par bromure d'éthyle, par FRÉDÉRICK, 339; par le pental, 838.
— locale, 663 ; Mélange pour —, 420.
ANFUSO. Voir : Conjonctivite.
Angine *couenneuse.* Conduite à tenir dans son traitement, par ELOY, 404, 417, 453, 483 ; —, par CHANDÈZE, 495.
— *folliculaire,* 530
— *infectieuse,* par RENDU, 346 : —, par HANOT, 330.
— *phlegmoneuse,* par ST-PHILIPPE, 458.
— *à pneumocoques,* par ELOY, 227 ;
— *scarlatineuse,* 292. Voir : Scarlatine.
— *simple aiguë,* son traitement antiseptique, par ELOY, 227, 773.
Angine de poitrine, *ses formes,* par POWELL, 109 ; — au Congrès allemand de médecine, 250. *Traitement,* par ELOY, 25.
Angiôme intra-crânien, par PÉAN, 395. Voir : Orbite.
Aniline. Couleurs d'— en thérapeutique, par CORDONNIER, 614.
Anthrax. *Extirpation* de l'—, par RIEDEL, 643. Voir : Furoncle.
Anthropologie. Congrès international d'—, 31.
Antipyrine. *Emploi* dans la tuberculose, par ELOY, 313 ; — et acide phénique, par JULLIARD, 376 ; — dans les affections du larynx, par COUPARD et SAINT-HILAIRE, 85 ; — dans l'anesthésie locale, 632 ; — la blennorrhagie, par BREMSA, 202 ; — la coqueluche, 104.
Elimination de l'— chez les enfants, par PERRET et GRIVÉ, 416; — et sels mercuriels, par BATTIER, 562.
Empoisonnement et accidents, par BRIYS, 71 ; — et urticaire, 155.
Voir : Diabète, Gangrène, Pleurésie, Utérus, etc.
Antipyrétiques Réaction des — dans les urines, 80.
Antisepsie. *Action* des dérivés de la série aromatique, 633 ; Benzine et kérozène comme désinfectants, par LAVRENTIEFF, 561.

Digitized by Google

— *intestinale* par Féré, 91; — par Huchard, 751; — par bétol, 22; — par aristol, 22; — par naphtol et bromol, 325; — obstétricale, par Demelin, 337; — en Turquie, 426; — Pommade antiseptique, 65.
Hygiène dans la toilette, 460; — et éponges, par Rœser, 545.
Voir: Fièvres éruptives, dents, fosses nasales, etc.
Antonini, Voir: Hernie.
Anus. *Fistules*, curettage, par Rabson, 184; *Réflexe* de l'—, par Rossolino, 370.
Anzillon: Voir: Pierres.
Aorte. *Anévrysme* et ligature; — Milton, 53; — à marche rapide, par Kœnig, 140; — ouvert dans la veine-cave, par Ard, 140.
Aortite *aiguë*, son traitement, par Eloy, 199.
Aphasie fonctionnelle, par Gilbert.
Aphtes. Voir: Bouche.
Apoplexie cérébrale, par Mendel, 375.
Appendice vermiculaire. *Cotique appendiculaire*, par Béclère, 381.
Hydropisie de l'—, par Combemale, 360.
Inflammation et *appendicite*, traitement, par Schwartz, 346; — par Dyce Duckworth, 192.
Argent. *Nitrate* d'—. dans la blennorrhagie, par Diday, 188; dans les maladies des yeux, par Grandclément, 167.
Aristol. *Emploi*, par Huchard, 22; — par Lewis, 434; — contre psoriasis, par Raff, 416; — dans les maladies des yeux, par Bourgeois, 167; — dans les maladies vénériennes, 6.
Arséniate de *cuivre* dans la diarrhée chronique, 199.
— de *soude*.
Arsenicose, par Manzarow, 308,
Artères. *Altérations* dans tic douloureux, par Dana, 628.
Ligatures artérielles, 375; Obturation des —, 236; — par Schwartz, 6.
Artério-sclérose, par Chiais, 648. Voir: Cœur.
Arthritisme. Hygiène de l' —, par Cazalis, 389; — et manifestations nerveuses, par Georges, 371.
Articulations. *Arthrite* à pneumocoques, 690; — rhumatismale chronique, par Eccles, 628; — Subaiguë des accouchées, par Hirst, 530; — des vélocipédistes, par Eloy, 559.
Arthropathies, par Bouchard, 617; leur diagnostic, par Le Dentu, 767.
Plaies par coup de feu, par Picqué, 280.
Asaret. Empoisonnement par —, par Mitchell, 280.
Ascite. Voir: Tuberculose.
Asepsie des fils de suture, par Billoux, 379.
Assistance publique au Havre, par Leprevost et Gibert, 349.
Assurances, 343.
Asthme *infantile*, par Bert, 167; —, par Renon, 401, 414; — *Traitement* par iodure, 407.
Ataxie. Réflexe patellaire dans —, par Eichhorst, 268.
Atkinson. Voir: Rhumatisme.
Atropine et mal de Parkinson, par Moretti, 280; — et spasmes musculaires, par Leczynski, 280.
Aubert. Voir: Blennorrhagie.
Auché. Voir: Tabac, Diabète, etc.
Audry. Voir: Utérus.
Aulde. Voir: Cactus.
Automatisme *comitial ambulatoire*, par Blocq, 469.

B

Bab. Voir: Grippe.
Bacille *d'Eberth*, 330; Différenciation du — typhique et du — communis, 667.
— *lactique*: son action pathogène, par Leudet et Wurtz, 579. Voir: Tuberculose.
Backer (de). Voir: Tuberculose.
Baginski. Voir: Larynx.
Bagot. Voir: Stercorémie.
Baker. Voir: Utérus.
Bains émollients, par Besnier, 375; — chlorurés sodiques, par Robin, 330; — froids dans la fièvre typhoïde, par Hare, 199.
Baldy. Voir: Folie.
Balestre. Voir: Hygiène, Salol.
Balfour. Voir: Cœur.
Ball. Voir: Dysenterie, Péritonite, Aliénation mentale.
Ballet. Voir: Hystérie.
Balnéation. Voir: Bains.
Baraduc. Voir: Chatel-Guyon.
Barbier Voir: Diphtérie.
Bardet. Voir: Formulaire.
Barié. Voir: Foie, Ostéo-arthropathie, Poumon, etc.
Baron. Voir: Luxation.
Barrs. Voir: Chlorose.
Barthélemy. Voir: Zona.
Baryte, toxicité des sels, 824
Bassin oblique ovalaire, par Budin, 239; — vicié, par obstruction, par Demelin, 451. Voir: Obstétrique, Accouchements.
Battier. Voir; Antisepsie.
Baumanoir. Voir: Grippe.
Baumel. Voir: Croup.
Bayle (de). Voir: Hystéropexie.
Bazy. Voir: Anévrysme, Suppuration, Utérus.
Bazin. Voir: Oreille.
Bec-de-lièvre. A quel âge doit-on l'opérer, par Forgues, 452.
Béchamp. Voir: Lait.
Beclère. Voir: Appendice.
Bégalement, en Prusse, 426.
Belladone, préparation contre la coqueluche, 59.
Benoit. Voir: Intestin.
Benzoates. Incompatibilité des — alcalins, par Eloy, 706.
Benzo-Phénonelde en thérapeutique oculaire, par Galezowski, 27.
Benzosol. Propriétés thérapeutiques, par Sablé, 387.
Béranger-Feraud. Voir: Fièvre jaune.
Berygum Voir: Tuberculose.
Berger. Voir: Abdomen, Encéphalocèle, Hernie, Humérus, Gangrène, Langue. Pied, Rectum, etc.
Berlioz. Voir: Microbicine.
Bernheim. Voir: Clinique médicale, Hypnotisme, Onanisme, etc.
Bert (Paul). Voir: Asthme.
Bertrand. Voir: Tricophytie.
Besnier (E.) Voir: Bains, Ecthyma, Glossite, Iodure, Lupus, Pityriasis.
Bétol. Son emploi, par Huchard, 22.
Beurre végétal, par F. Jean, 15.
Béverley Robinson. Voir: Fièvre typhoïde.
Biborate de soude. Voir: Soude.
Bicarbonate. Voir: Soude.
Biceps. Tumeur du —, par Desnos, 158.
Biggs. Voir: Antipyrine.
Bilodure de mercure, Voir: Mercure.
Bile. Sa recherche dans l'urine, par Kathrein, 379.
Biliaires (Voies). *Fistule* — persistante, par Peyrot, 170.
Lithiase — et cholécystotomie, par Terrier, 159; Purgatif contre cholélithiase, 184; Caté therisme du, — 825.
Vésicule —: Gangrène, par Goldenberg, 151.
Billoux. Voir: Asepsie.
Binet. Voir: Fougère mâle.
Biron. Voir: Sanatorium.
Bitot. Voir: Hystérie, Cysticerque.
Blaise. Voir: Accouchements.
Blennorrhagie des petites filles, par Aubert, 423; Rétention d'urine dans — aiguë, par Rochet, 236; — et albuminurie, par Renault, 510; et affections oculaires, 782; — Valeur médico-légale des gonocoques, par Bordas et Vibert, 60; — et mariage, par Lavaux, 432.
Traitement par antipyrine, par Bremsa, 202; — nitrate d'argent ou sublimé, par Diday, 188; — par carbonate de soude en injections, par Castellan, 135; — insufflations d'iodoforme, par Hanika, 723; — injection contre —, par Netzewski, 723; — antiseptique et balsamique, 343, 420; — vaseline dans conjonctivite —, par Wilson, 696; — mercure dans ses arthropathies, par Renault, 595. Voir: Stomatite, Rhumatisme, etc.
Blépharite *ciliaire*. Traitement, 498.
— *granuleuse* et éthylate de soude, par Symons, 167.

Digitized by Google

Blepharoplastie. Voir : Paupières.
Blessés. Transport des —, 192, 508.
Bleu de méthylène. Voir : Méthylène.
Blocq. Voir : Automatisme, Epilepsie, Hystérie, Topoalgie, etc.
Boas. Voir : Duodenum.
Bogroff. Voir : Laryngologie.
Boiffin. Voir : Intestin.
Boisieux. Voir : Obstétrique
Boissons dans affections du cœur, par Glax Abrazza, 185 ; — dans fièvre typhoïde, par Noury, 124.
Bonnet. Voir : Absorption.
Bonnaire. Voir : Enfants.
Bonnuzzi. Méthode contre le tabac, 838.
Borax. Incompatibilité avec cocaïne, par Eloy, 706.
Bordas. Voir : Blennorrhagie.
Bordet. Voir : Piperazidine.
Bosley. Voir : Pneumonie.
Botulisme et empoisonnement par les viandes, 568.
Bouche. *Kyste dermoïde*, par Schmitt, 28 ; *Stomatite* aphteuse, par Gillet, 115 ; blennorrhagique du nouveau-né, par Dhorn, 467 ; — mercurielle et traitement, 312 ; — gargarisme contre —, 408.
Microbes de la —, par David, 232 ; Antisepsie de la —, 42, 267.
Bouchard. Voir : Articulations.
Boucher. Voir : Tuberculose.
Bouilly. Voir : Ligature, Utérus.
Bourgeois. Voir : Aristol, Yeux, etc.
Bourget. Voir : Chimie.
Bourneville. Voir : Enseignement, Médecine.
Boursier. Voir : Tumeurs blanches.
Bouveret. Voir : Fièvre typhoïde.
Boy-Tessier. Voir : Cœur.
Brainerd. Voir : Eucalyptol.
Bras : plaie et fracture par arme à feu, 154.
Braunwerq. Voir : Enucléation oculaire.
Bremsa. Voir : Antipyrine, Blennorrhagie, etc.
Britto. Voir : Coqueluche.
Brivois. Voir : Electrothérapie.
Broca. Voir : Abcès, Foie, Hydrocéphalie.
Brocq. Voir : Peau, Mycosis, Epithélioma.
Bromer. Voir : Cornée.
Bromures *alcalins*, leur abus, par Liégeois, 325 ; Administration des — chez les enfants, 233 ; Eruption bromurique polymorphe, par Martin, 504. Voir : Epilepsie, grossesse.
— *d'éthyle*, narcose par le —, 838.
Bromol et antisepsie intestinale, par Rode-Maker, 325.
Bronchite *aiguë* : Traitement par l'acétanilide, par Grun, 483.
— *chronique*, son traitement, 295.
— *mélinitiseuse*, par Regnault et Sarlet, 166
Broncho-pneumonie *infantile*, traitement de —, par Saint-Philippe, 679.
Brouardel. Voir : Dépopulation, Vaccination.
Brown-Séquard Voir : Injections.
Brousse. Voir : Syphilis, Lèpre, etc.
Brûlures. Pansement iodoformé, par Kottenberg, 466.
Brunner. Voir : Microbes
Bryone. Emploi, par H. Huchard, 1 ; —, par Cazenave de la Roche, 69.
Bryson. Voir : Cystite.
Bubon *chancreux*, traitement, par Marciguey, 721.
Bucquoy. Voir : Lipomes.
Bucton. Voir : Naphtol.
Budin. Voir : Accouchement, Bassin, Irrigations, Obstétrique, etc.
Bull. Voir : Papillite.
Bulletin de la semaine : 206, 254, 299, 521, 536, 698, 747, 776, 793, 811.
Butte. Voir : Syphilis.

C

Cabadé. Voir : Microbe,
Cactine. Voir : Cœur.
Cactus grandiflorus et cardiopathies, par Engstad, 24 ; — son action, par Huchard, 798 ; — Formules de —, par Aulde, 435.
Cadéac. Voir : Vulnéraire.
Cahall. Voir : Fièvre typhoïde, Salol.
Caféine et Kola, par Monavon et Perroud, 756.
Calcul *salivaire* de la glande sous-maxillaire. 252.
Calomel. Voir : Foie.
Camphorique (*Acide*) contre les sueurs des phtisiques, 67.
Camphre. *Phénate* de —, par Cochrane, 325. Voir : Cœur, Tuberculose.
Cancer. *Pathogénie*, 634 ; Contagion, 512 ; Greffe, 441, 500, 556, 619 ; Troubles cérébraux et —, par Charpentier, 590 ; Névrite des cancéreux, par Tournier, 319 ; — primitif des extrémités, par Michael, 324 ; Ptomaïnes du —, par Adamkiévicz, 85 ; Récidive du —, par Snow, 5.
Traitement du — de l'estomac, par Eloy, 584 ; Pyoktanine et —, 283, 434 ; — du rectum par entéro-anastomose, par Chaput et Terrillon, 521.
Voir : Utérus, Tinctothérapie, etc.
Cantharidine, *sels* dans la tuberculose, par Liebreich, 172.
— *collodion*, par Diétrich, 70.
Carie. Voir : Dents.
Carles. Voir : Vin.
Carron de la Carrière. Voir : Galéga.
Cartaz. Voir : Salol.
Casabianca. Voir : Erysipèle.
Casaux. Voir : Larynx.
Cascara sagrada. Extrait de —, 532.
Castellan. Voir : Blennorrhagie.
Cataracte, par Dehenne, 105 ; — des enfants, par Schnabel, 292, — et iridectomie, par Cross, 586 ; — supra-mure et traitement, par Panas, 736.
Cathétérisme chez l'homme, par Lavaux, 151.
Cazalis. Voir : Arthritiques.
Cazaux. Voir : Influenza.
Cazenave de la Roche. Voir : Bryone.
Celastrus édulis. Son principe —, 332.
Cerna. Voir : Kava-Kava.
Cerveau. *Blessure* du —, par Ledentu, 17 ; —, par Polaillon, 507 ; Troubles intellectuels dus aux lesions du —, par Livoff, 371 ; Chirurgie du —. 664 ; — par Leconte, 816.
Syphilis, par Jarnowski, 245.
Césarienne. *Opération* —, par Potocki, 133.
Chambard. Voir : Kola, Accouchement.
Chambrelent. Voir : Accouchement.
Championnière (L). Voir : Hystérectomie.
Chancres *génitaux* chez la femme, 664.
— *simples*, traitement, par Du Castel, 230, 245, 262 ; — inoculation du — par Coignet, 816.
— *syphilitiques*. Excision, par Mauriac, 393 ; par Politzer, 816. Voir : Syphilis.
Chandèze. Voir : Angine.
Chantemesse. Voir : Coqueluche, Fièvre typhoïde, Hystérie, Salive.
Chanu. Voir : Œil.
Chaput. Voir : Intestin, Cancer.
Charbon. Action de l'air sur la bactéridie charbonneuse, 713.
Charcot. Voir : Système nerveux.
Charmoy. Voir : Peau.
Charon. Voir : Enfants.
Charpentier. Voir : Alcoolisme, Aliénation mentale, Mélancolie, Néphrite, Paralysie générale.
Charrin. Voir : Eberth (Bacille d').
Charvot. Voir : Elongation.
Chastenet. Voir : Mélancoliques.
Châtel-Guyon. *Indications*, par Baraduc, 457,
Chauffard. Voir : Foie.
Chaulmoogra (*huile* et *acide gynocardique*) dans la lèpre, 137.
Chedevergne. Voir : Enseignement.
Cheiloplasie, par incision coudée, 568.
Chenet. Voir : Scarlatine, Convalescence.
Chevalier. Voir : Tuberculose.
Chevandier. Voir : Rhumatisme.
Chevillot. Voir : Iodoforme, Enseignement clinique.
Chiais. Voir : Artério-sclérose, Neurasthésie.

Digitized by Google

Chiffons. Désinfection des —, par ELOY, 560 ; Maladie des —, 560.
Chimie. Clinique, par BOURGET, 232.
CHIPAULT. Voir : Arthrite.
Chirurgie d'urgence, 6, 185 ; — et lumière électrique, 256 ; —, par MOYNAC, 105.
Chloral. *Empoisonnement* par le —, par WELCH, 261. Voir Coqueluche, Furoncle.
Chloralamide. Son emploi, par GALIANA, 470.
Chlorate de potasse et iodure de potassium, 311.
Chloroforme. *Administration*, par JULLIARD, 61 ; Cornet à —, 715 ; Anesthésie mixte, par POZZI, 359 ; Vomissements chloroformiques traités par lavage stomacal, par LENOVITSCH, 386 ; Empoisonnement par le — traité par nitrite d'amyle, par MAMMEN, 309.
Accidents, par LABORDE, 362, 378 ; — par LEROY DE MÉRICOURT, 395 ; *Indications*, par KOCHER, 386.
Chloroformisation. Voir : Chloroforme.
Chlorose. *Diagnostic* de la —, 53 ; — par JAKSCH, 90 ; — souffle cardiaque dans la — par BARRS, 737 ; — Phlegmatia alba dolens dans —, par TRIPET, 138 ; Altérations du chimisme stomacal dans —, 715 ; — infantile, *Traitement*, par ELOY, 213 ; — par le cuivre, par LIÉGEOIS, 9 ; — par le manganèse, par ELOY, 343 ; par les ferrugineux, par Huchard, 829. Voir : Tartrate ferrico-potassique.
Chlorure. Voir : Ethyle.
Chlorure d'or. Voir : Lupus.
Cholécystectomie. Voir : Biliaires.
Choléra. *Epidémie* de —, 31 ; — en 1890-91, 224 ; — en 1891, 112 ; — en Syrie, 144 ; — nostras, toxines de ses microbes, par GILBERT et GIRODE, 95 ; — *prophylaxie*, 331.
Chorée. *Pathogénie*, son origine microbienne, par PIANEZI, 597 ; — infection dans la —, par HUCHARD, 799 ; — hystérique chez l'homme, par LAVERAN, 394 ; — paralytique, par DESCROIZILLES, 81 ; — et rhumatisme, 458 ; — et délire, par DIGOY, 167 ; — de Sydenham, par COMBY, 361 ; —, par SEGLAS, 238 ; — et traitement par HUCHARD, 769.
Cinchonidine. Sulfate de —, par REGNAULT, 113.
Circoncision, par FÉLIZET, 340 ; — chez les enfants (Manuel), par THIÉRY, 352. Voir : Endocardite.
CLARKE. Voir : Diabète.
CLAUDOT. Voir : Crâne.
CLAYE-SHAW. Voir : Paralysie générale.
CLÉMENT. Voir : Pleurésie.
Climats. Maladies de cœur, 240 ; — chauds, 79.
Clinique *chirurgicale* (Eléments), par GROSS, 199 ; Leçons de —, par DUBREUIL, 471 ; —, par TRÉLAT, 497.
— *médicale*, par RENDU, 212 ; —, par DESPLATS, 232 ; —, par GRASSET, 232 ; —, par BERNHEIM et SIMON, 232. Voir : Revue des —.
Cocaïne. *Administration* de la — en chirurgie, par MAGITOT, 545 ; — comme anesthésique dentaire, par MARCHANDÉ, 69 ; — contre hypéresthésies laryngées, par MOURE, 139, Hypéresthésie cocaïnique, par MILLIE, 444 ; Amputation sous la —, par RHODES, 434 ; — et emploi chirurgical, par ANDERSON, 786.
Préparations : Elixir eupeptique à la — 566 ;
Anesthésie, 838.
— Et *cocaïnisme*, par MAGITOT, 314 ; — aigu, 761 ; — ses dangers, par STICKLER, 801 ; son traitement, par Eloy, 837.
Voir : Empoisonnement, Borax, Dents.
COCHRONE. Voir : Camphre.
COE. Voir : Accouchements.
Cæcum. *Concrétion* d'origine médicamenteuse, 732. Voir : Cancer.
Cœur. *Artério-sclérose* de la pointe du —, par H. HUCHARD et WEBER, 505 ; — et scléroses vasculaires, par HUCHARD, 733 ; — Causes de l'artério-sclérose dans les *cardiopathies artérielles*, par H. HUCHARD, 637, 654 ; — et dyspnée, par TOURNIER, 801, 817 ; — Affections chroniques du — et réduction des boissons, 185 ; — et grippe, par HUCHARD, 634 ; — et fièvre typhoïde, par LACOMBE, 59 ; — et maladies de l'abdomen, par ECCLES et TAYTOR, 628.
Insuffisance aortique et souffle du —, par MARQUEYROL, 56 ; — et raccourcissement de la diastole, par KRAUSS, 737 et bruits de la pointe, par ST-CYR, 56 ; — et mécanisme de la mort, par CORBIZIER, 56.
Insuffisanc mitrale et digitale, 829 ; et nyctalopie, 839.
Insuffisance pulmonaire, par HUCHARD, 733.
Cardiopathies tabagiques, par PATTÉ, 56 ; — et maladies de l'utérus, par ROUSSEL, 56 ; — et névroses, par HUCHARD, 733 ; — et toxicité urinaire, 737.
Tumeur primitive du —, par JURGENS, 722.
Douleur dans les affections du —, par NOTHNAGEL, 660.
Dilatation temporaire du —, par C. SEE, 362 ; — Hypertrophie du — par GILLET, 799 ; — Folie cardiaque, par FAUCONNIER, 136 ; Tachycardie, par TALAMON, 30 ; Albuminurie cardiaque, sa valeur, par SANDRAS, 136.
Endocardite : souffle, par PERRET, 360 ; — septique, par CZERNY, 722 ; — estomac cardiaque, par HUCHARD, 733.
Poumon cardiaque, par BOY-TEISSIER, 648.
Maladies du —, par DUROSIEZ, 8 ; — et les altitudes, 240.
Médicaments cardiaques : Cactine, 633 ; — par NUGERS, 611 ; — toniques du —, par DUJARDIN-BEAUMETZ, 491 ; — et camphre, par SCHLOUGUINE, 817 ; — modérateurs du —, par G. SEE, 426 ; — de l'asthme cardiaque, par HEITLER, 723 ; — du — sénile, par BALFOUR, 483.
Voir : Cactus.
COIGNET. Voir : Chancre.
COLIN. Voir : Dépopulation.
Coliques hépatiques. Traitement de la douleur, par ELOY, 86.
Colique. Voir : Appendice vermiculaire.
Collapsus. Traitement, par GILLET, 293.
Collodion à la cantharidine, 70 ; — contre le relâchement du tympan, par LANNOIS, 70.
Collyres. Moyen de les conserver, 539.
Colonne vertébrale. *Fistule* sacrée, par VERNEUIL, 221.
Spondylite, par LORENZ, 141.
COMBEMALE. Voir : Phthisie, Tellurate, Appendice vermiculaire.
Combretum contre la fièvre biliaire hématurique, par HECKEL, 416.
COMBY. Voir : Enseignement médical, Chorée, Pleurésie, Pouls, Paralysie, Syphilis, Vulvo-vaginite.
COMMESSATI. Voir : Gale.
COMPAIRET. Voir : Oreille.
Concours. Voir : Enseignement.
CONDAMIN. Voir : Cancer.
Condylômes. Traitement des — non syphilitiques. 713.
COHNSTEIN. Voir : Grossesse.
Conjonctivite *granuleuse* : Traitement, par ABADIE, 509 ; — par ANFUSO, 150 ; — 782.
— *impétigineuse*, par PANAS, 589.
— *printanière*, par COUETOUX, 470.
Voir : Blennorrhagie.
CONNISAG-HARTLEY : Voir : Exalgine.
Constipation de la grossesse, formule contre —, 76 ; — et stercorémie des opérés, par ELOY, 575.
Contagieux. Transport des —, 441.
Contagion. Délire de —, par DAUCHEZ, 605, 739 ; —, par FERLIN, 647, 823 ; —, par MÉRIGOT DE TREIGNY, 653.
Contusion, Voir : Abdomen.
Convalescence de la scarlatine, 243.
Coqueluche. *Pathologie* : Signe oculaire précoce de la —, par HUGUENIN, 467 ; — et pronostic, par GRANCHER, 753.
Traitement, 69 ; —, par antipyrine, par TROITSKI, 104 ; — et naphtaline, par HUCHARD, 749 ; — et quinine, 789 ; — par vapeurs d'iodoforme, par CHANTEMESSE, 475 ; — pulvérisations, par SCHMID, 629 ; — l'onguent, par SIMON, 305 ; — et pélargonium, par BRITTO, 503 ; — chloral, 358.
CORBIZIER. Voir : Cœur.
Cordon. Kystes du —, par ENGLISCH, 344. Voir : Accouchements.
CORDONNIER. Voir : Aniline.
Cornée. *Fibrôme* —, par AUBER, 251.
Corps étrangers —, par DEHENNE, 386 ; Fluorescéine pour le diagnostic —, par BRONNER, 618.
Ulcères — et traitement, par VALUDE, 96.
Transplantation de la —, par HIPPEL, 580.
CORNEILLE-ST-MARC. Voir Dyspepsie.

Digitized by Google

CORNIL Voir : Cancer, Fièvre typhoïde.
Coronaires (*Artères*). Altération des —, par WILDE.
Corps étrangers. Voir : Voies aériennes, Talon, Larynx.
Coryza. Chronique et traitement, 741.
Cou. Spasme des muscles du —, par DUCAZAL, 394.
COUÉTOUX. Voir : Conjonctivite, Diphtérie, Fièvre typhoïde.
COUPARD. Voir : Antipyrine.
Courants continus. Voir : Artère.
COURTADE. Voir : Electrothérapie.
COURTIN. Voir : Adénite.
COUSEN. Voir : Lymphe de Koch.
COUTARET. Voir : Dyspepsie.
COUTENOT. Voir : Fièvre typhoïde.
CORIVEAUD. Voir : Hygiène.
Crâne. *Topographie* crânio-cérébrale, par LE FORT, 457 ; — par POIRIER, 421 ; Déformation du — et myopathie, par MARCÉ, 126.
Trépanation du —, par CLAUDOT, 12.
Craniectomie chez les microcéphales, par LANNELONGUE, 220.
CRENDINOPOULOS (Milton). Voir : Epilepsie.
Créoline dans amygdalite, par ITZIG, 55. Voir : Eczéma.
Créosote. *Administration* dans le lait, 617 ; Injections d'huile créosotée, par GIMBERT, 520, et phosphate. 358.
Accidents par les injections de —, par BESNIER, 393.
Voir : Tuberculose.
CRÉQUY. Voir : Revaccination.
CRINON Voir : Médicaments.
CRISTIANI. Voir : Abcès.
Croix-Rouge Française et médecine militaire, par ELOY, 299.
CROSS. Voir : Cataracte.
Croup. Voir : Larynx.
CROUZAT. Voir : Accouchements.
Cuivre dans la chlorose, par LIÉGEOIS, 4; Sulfate de — dans les maladies des yeux, par GRANDCLÉMENT, 166.
CUILLERET Voir : Syphilis.
Curettage *utérin* : Indications, 665 ; — après l'accouchement, par FRÉDÉRICQ, 472 ; — dans la salpingite, par PICQUÉ ; — dans endométrite, 806. Voir : Utérus.
CURTIS. Voir : Anévrysme.
CYR. Voir : Vichy.
Cysticerques en *grappe*, par SABRAZÈS, 550 ; — de l'encéphale et de la moelle, par BITOT et SABRAZÈS, 488.
Cystite. Voir : Vessie.
Cystocèle vaginale, par VATON, 53.
CZEMPIN. Voir : Métrorrhagies.
CZERNY. Voir. Cœur.

D

Dacryocystite *chronique*, par LAGRANGE, 643.
DANA. Voir : Artère, Tic.
DAVID. Voir : Bouche, Microbes.
DAUCHEZ. Voir : Diphtérie, Contagion, Etat syncopal, Fièvre typhoïde, Hystérie, Langue, Nourrissons.
DEBOVE. Voir : Lymphe de Koch, Syphilis, Tremblement, Tuberculose.
Décès (Certificats de), 343.
DEHENNE. Voir : Cataracte, Cornée, Glaucôme, Kératite, Iritis.
DEJEAN DE LA BATIE. Voir : Phtisie.
DELAFIELD. Voir : Néphrite.
DELEFOSSE. Voir : Rétention, Urine.
DEMELIN. Voir : Abcès, Accouchement, Antisepsie, Bassin, Grossesse, Monstres, Obstétrique, Perinée, Placenta, Utérus.
Dengue de Syrie, 618.
Dents. *Abcès* et extraction précoce, par EYSSAUTIER, 649.
Carie, par VON METNITZ, 339.
Extraction et anesthésie, par MARCHANDÉ, 69.
Hémorrhagie, traitement, 548.
Traitement. Sirop de dentition, 358 ; Poudre, Elixir, 42. 160.
Dentiste (Profession de), 182.
DÉNUCÉ. Voir : Scoliose.
Déontologie, 436.
Dépopulation (*de la France*) : A l'Académie, 30, 45, 64, 77, 138, 175, 223, 239, 258, 270, 298, 346.
DE RANSE. Voir : Rhumatisme.
Dermatol. Pansement au —, par HUNZ et LIÉBRECHT, 434. Voir : Utérus.
Dermatologie. Congrès allemand, 570 ; Société allemande, 411.
DESCHAMPS. Voir : Périthyphlite.
DESCROIZILLES. Voir : Chorée, Ichthyose, Purpura.
Désinfection des wagons, 731 ; — par MÉRIGOT DE TREIGNY, 813.
DESNOS. Voir : Lipomes, Lithotritie, Œdème, Urèthre.
DESPLATS. Voir : Clinique.
DEZANNEAU. Voir : Occlusion, Laparotomie.
Diabète. *Pathogénie*, 633 ; — et chute des ongles, par AUCHÉ, 70; — et xanthème, 838. Voir : Grossesse.
Variétés : insipide, par MATHIEU, 491 ; pancréatique, par LANGEREAUX, 635 ; sucré, par HIRSCHFELD, 660 ; SANDMEYER, 643 ; par RENON, 225.
Traitement par l'antipyrine, 680 ; par le syzigium jambolanum, 229 ; — du coma, par REYNOLDS, 644.
Diaphorétique. *Potion* —, 758.
Diarrhée. *Etiologie* : — des enfants par VAUGHAN, 24 ; — estivale, par PANNVITZ, 562.
Traitement et antisepsie, 456 ; — par le salol, 22 ; — 741 ; — l'antipyrine, par SAINT-PHILIPPE, 562 ; — la résorcine, par MENCKE, 467 ; — le massage, par ECCLES, 119 ; — la rose rouge, 620 ; — l'arséniate de cuivre, par HIMZ, 199 ; — en Cochinchine, par MAYET, 513.
DIDAY. Voir : Blennorrhagie.
DIETRICH. Voir : Collodion.
DIEU. Voir : Anévrysme.
Digestion des enfants, par WOLKMANN, 562 ; — et hypnotisme, par GORDON, 598 ; — et amers, par MARCONE, 598.
Digitaline en glycérolé, 155.
DIGOY. Voir : Chorée.
DILLINGHAM. Voir : Sulfonal.
DIONIS DES CARRIÈRES. Voir : Fièvre typhoïde.
DIONISIS. Voir : Diphtérie.
Diphtérie. *Pathogénie* et associations microbiennes, par BARBIER, 387 ; — et inflammations diphtéroides, par WELCH, 402 ; — des endémies, par SCHEREVENS, 534 ; par ELOY, 536.
Formes : arthropathie, par LYONNET, 90 ; pharyngée, par ROUX, 675 ; paralysie, par ROSENWERG, 308 ; stomatite à staphylocoques, par SEVESTRE et GASTON, 425.
Hypertoxémie tardive, par DAUCHEZ, 356, 423.
Traitement. Isolement et antisepsie, par COUÉTOUX, 585 ; par l'acide chlorhydrique, par KROSZEWSKI, 611 ; par le chlorure de mercure, 633, 567 ; par le chlorure de fer, 727 ; par les irrigations salicylées, par PARISOT, 723 ; par les collutoires, 602 ; par le biborate de soude, par VERNON JONES, 185 ; — 292.
Prophylaxie, 160, 553.
Diplopie monoculaire, par DURET, 619
Dispensaire, 79.
DODD. Voir : Nitrobenzol.
Doigts. *Arrachement*, par ROUTIER et SCHWARTZ, 110.
DONATH. Voir : Epilepsie.
DORHN. Voir : Stomatite.
DOURISBOURG. Voir : Alcoolisme.
DOYON. Voir : Peau.
DROUINEAU. Voir : Hygiène.
DUBIQUET Voir : Phtisie, Tellurate.
DUBOUSQUET LABORDERIE Voir : Jambul.
DUBREUILH. Voir : Eczéma.
DU CASTEL. Voir : Chancre, Peau, Variole.
DU CAZAL. Voir : Cou.
DUCLOS. Voir : Stercorémie.
DURHING. Voir : Peau.
DUJARDIN-BEAUMETZ. Voir : Estomac, Plantes.
DUMONTPALLIER. Voir : Endométrites. Utérus.
Duodenum. Etranglement, par KUNDRAT, 353 ; rétrécissement, par BOAS, 344.
DUPLAY. Voir : Abcès, Parotidite.
DUPUY. Voir : Arémonine.
DURET. Voir : Diplopie, Epilepsie, Incontinence d'urine.
DUROZIEZ Voir : Cœur.

Digitized by Google

Dyce Dukworth. Voir : Appendicite.
Dyspepsies. *Pathologie* et réactif de Gunsburg, par Richardière, 289; par Coutaret, 40; — des paysans du Poitou, par Corneille Saint-Marc, 103; par Abatuya, 632; — et alcoolisme, 715; — et péritonite, par Bolé, 168.
Etiologie, 809.
Traitement : poudres, 646. *Traitement*, 632. Médication acide, 488.

E

Eau *froide* par Laurent, 267.
— *chlorurée* sodique, 331 ; — de mer, par Morice, 327 ; — minérales, leur vente, 175.
— *oxygénée*, propriétés thérapeutiques, par Richardson, 203.
— *salée*, emploi chirurgical, 32.
— *dentifrice*, 42.
Eberth. Bacille et épanchement pleural, par Charrin, 253.
Eccles. Voir : Arthrite, Cœur.
Echthyma simple, par Besnier, 305.
Eclampsie, Traitement par calomel, par Smith, 676; — puerpérale (statistique), 427.
Ecoles de médecine, par Debierre, 368.
Ecoulements. Voir : Oreilles.
Ecriture, ses troubles et leur traitement, par Weiss, 261.
Eczéma du pétrole, par Eloy, 559 ; — seborrhéique, par Dubreuilh, 134 ; — vulvaire, 692 ; traitement par la créoline, par Patteson, 438.
Egasse. Voir : Plantes.
Eich. Voir : Syphilis.
Eichorst. Voir : Ataxie.
Eigenbradt, 784.
Eiselsberg. Voir : Microbes.
Electrothérapie en gynécologie, par Brivois, 124; emploi des courants interrompus, par Courtade, 372.
Elixir dentifrice, 42.
Elongation nerveuse, par Charcot, 252.
Eloy (Ch.). Voir : Angine, Angine de poitrine, Antipyrine, Aortite, Artériel, Arthrite, Borax, Bulletin, Cancer, Chlorose, Chronique, Coliques hépatiques, Diphtérie, Eczéma, Enseignement médical, Etudiants, Exercice de la médecine, Fibrome, Fièvre typhoïde, Gaiacol, Gargarismes, Goitre exophtalmique, Iodisme, Iodoforme, Kaori, Lymphe de Koch, Maladies, Manganèse, Médecine, Médications, Oreillons, Oxyures, Parotidite, Phtisie, Rougeole, Rhumatisme, Syphilis, Tænia, Toxidermie, Tuberculose, Typhlite, Varices, etc.
Emerson. Voir : Rétine.
Emphysème et auscultation, par Lermoyez, 709.
Empoisonnement *cocaïnique*, 737, 825; — par l'oreille, par Fuano, 483; — par acide phénique, par Landau, 597; — par alcool amylique, 644; par sublimé, par Horn, 709; — par santonine, 762; par sulfure de carbone, par Rendu, 730.
Empyème aigu et chronique, par Richardson, 695.
Encéphale. Entozoaires de l'— par Szcymoski, 86.
Encéphalocèle, par Berger, 239.
Endométrite. Voir : Accouchements, Utérus.
Engelures. Formes, par Dubreuilh, 398.
Englisch. Voir : Cordon.
Engstad. Voir : Cactus.
Enfants Maladies des —, par Perier, 457 ; leur pronostic, 753; clinique, par Sevestre, 354 ; chirurgie, par Charon et Gevaert, 471 ; diarrhée, par Huchard, 705 ; par Macé et Simon, 722; par Sevestre, 740; incontinence d'urine, par Baumel, 784 ; tétanos des —, 784 ; — dégénérés et état mental, par Reges, 163 ; élevage des — dans le son, 444 ; insomnie des —, 468; mortalité, 651; dispensaires, par Jœger, 645 ; hygiène des —, 159 ; inhalations d'oxygène chez les nouveau-nés, par Bonnaire, 741.
Voir : Antipyrine, Asthme, Cataracte, Diarrhée, Dyspepsie, Ichthyose, Lait, Lavages, Ophtalmie, Tænia, Vulvo-vaginite.
Entéro-anasthomose. Voir : Cancer.
Enterozoaires. Voir : Encéphale.
Enseignement clinique des hôpitaux, par Chevillot, 735, 753, 765, 777.
— par Sacharne et Huchard, 742.
Entropion, par Truc, 219.
Enseignement médical des hôpitaux, 14, 46, 190, 278 284, 315, 331, 347, 426, 441, 476, 538, 570, 603, 650, 716. La fin d'une année scolaire, 148, 495; sa réforme, 117, 175, 760, 811; officiat de santé, 523, 698, 378 ; concours professoral, 78 ; — à Toulouse, 208; — en Turquie, 192; — en Suisse, 651 ; — dans l'Ohio, 256.
Enterorraphie, 761.
Enucléation de l'œil, par Braunwerz, 292.
Ephèdre. Voir : Rhumatisme.
Epidémies. Leur déclaration, 183, 426.
Epididymite. Voir : Syphilis.
Epiglotte. Kystes de l' —, 328.
Epilepsie *procursive*, par Crendinopoulos, 122 ; trépanation dans —, par Schwartz, 409 ; par Duret, 220
—*jacksonnienne* et trépanation, par Hermann-Hintertroisier, 353; par Verehère, 377.
Traitement par hydrate d'amylène, 247, par bromure, par Donath, 677 ; par bromure d'éthylène, 354 ; assistance des épileptiques, 552.
Epithélioma de la face ; traitement, par Brocq, 349, 408 ; — du frontal, par Terrier, 507.
Ergot. Voir : Délivrance.
Ergotine. Solution d'—, 768.
Ergotinine. Voir : Hémorrhagies.
Ernst. Voir : Microbes.
Eross. Voir : Fièvre.
Erysipèle primitif de la langue, par Garel, 453 ; —, 826 ; — à répétition, par Casabianca, 579; traitement, par Allen, 611 ; — abortif par Amici, 48 ; — chirurgical et traitement par ichthyol, 139 ; — solution antiseptique, 343.
Erythromelalgie, par Morel Lavallée, 504.
Escande. Voir : Bras.
Espagne. Voir : Saturnisme, Tétanos.
Estomac : *Pathologie* Crises douloureuses, par Rendu, 707; ulcère de l' —, par Goldenberg, 151, Accidents tétaniformes dans affections de l' —, par Merlin, 6 ; — et menthol, par Wladimirsky, 629; chimisme stomacal, par Gautrelet, 819.
Traitement des maladies de l'—, par Dujardin-Beaumetz, 517. Voir : Cancer.
Etat syncopal des nourrissons, 105.
Eternod. Voir : Vaccine. Variole.
Ethyle. Anesthésie par bromure d' —, par Frédérick, 339, par Redard, 237 ; par Ferrand, 124 ; Ethylate de soude; Voir : Soude.
Etranglement duodénal interne, par Montprofit, 236 ; par Kundrat. Voir : Duodénum.
Etudiants. Voir : Service de santé militaire.
Eucalyptol, par Brainerd, 661.
Euphorbiacées. Action du suc des —, par Heckel et Bonier, 649.
Euphorbia pilulifera, par Liégeois, 815.
Exalgine. Empoisonnement par — , par Coming Hartley, 167.
Externat Concours de 1890, p. 78.
Ewald. Voir : Lymphe de Koch.
Eyssautier. Voir : **Dents**.

F

Faculté de médecine de Marseille, 270; de Paris, prix de 1890, 78.
Faivre. Voir : Utérus.
Fallot. Voir : Médecine légale.
Falsification des vins, 571 ; — du café et des amandes, 539.
Fargeaud. Voir : Huile de foie de morue.
Fauconnier. Voir : Folie.
Faulkner. Voir : Laryngite.
Faure-Miller. Voir : Phthisie, Tuberculose.

Digitized by Google

Favus de la face, par Rossi, 755.
Felizet. Voir : Circoncision, Hernie, Tendon.
Femur. Fracture du corps du — par Smith, 663.
Féré. Voir : Antisepsie.
Féréol. Voir : Fièvre typhoïde.
Ferlin. Voir : Contagion.
Fernet. Voir : Pleurésie.
Ferrand. Voir : Ethyle.
Ferrugineux. Pilules Toni —, 532.
Fétidité de la bouche, Gargarisme contre la —, 420.
Feulard. Voir : Tuberculose.
Fibrômes utérins. Traitement électrique, par Mlle Jakubowska, 406.
Ficano. Voir : Empoisonnement.
Fièvre *synoque* : Son traitement chez le nouveau-né, par Eross, 199.
— *bilieuse* hématurique. Voir : Combretum.
— *éruptives* : Antisepsie de la bouche, 679.
— *jaune* : Transmission par les moustiques, 604.
Traité de la —, par Béranger-Féraud, 41 ; traitement de la —, par Gargia, 190.
— *typhoïde* : Etiologie. 554 : Diagnostic, par d'Heilly, 754; — par Coutenot, 833 ; — en Toscane, 31 ; — dans l'armée, en 1890, 128 ; — par Chantemesse, 126 ; par Eloy, 385 ; ses bacilles pyogènes, par Netter, 158 ; Elimination des produits toxiques, par Riégues et Weil, 691; Transmission, par l'eau, par Chantemesse, 45 ; par Féréol, 77 ; Prophylaxie, 153 ; par Coutenot, 719 ; perforation intestinale dans, 211 ; — et localisation cardiaque, par Lacombe, 57 ; — et ostéo périostite, par Cornil, 238 ; Abcès de la —, par Laveran, 142 ; usage de l'eau dans la — 512 ; — et bains froids, 199, 308 ; — hypochlorhydrique, par Huchard, 829.
Traitement : par Coutenot, 661. 677, 691, 709, 738; par Dauvergne, 309 ; — et salol, 70 ; — et naphtaline, 155; par Marotte, 98 ; boissons dans la —, par Noury, 124 ; — par Smakoswki, 837.
Figues. Voir : Vin.
Filsen. Voir : Urèthre.
Fisichella. Voir : Aristol.
Fleury. Voir : Hygroma.
Foie. *Pathologie* : par Harley, 232 ; palpation de la vésicule comme moyen de diagnostic, 714 ; rôle des agents infectieux dans les affections du —, par Barié. 621.
Hépatite parenchymateuse, par Talma, 800.
Kystes hydatiques du — par Chauffard et Widal, 252 ; —, par Galliard, 258.
Abcès du — et traitement, par Peyrot, 29.
Foie mobile, par Marchand, 521.
Chirurgie du —, par Routier, 77 ; par Terrillon, 13 ; résection du — 119 ; laparotomie exploratrice pour plaie du — par Broca, 473.
Insuffisance hépatique, par Huchard, 780.
Traitement : Emploi du calomel, par Sachare, 580.
Voir : Anatomie, Paralysie.
Folet. Voir : Splenectomie.
Folie et hallucination chez l'enfant, par Moreau, 359 ; — consécutive aux opérations gycécologiques, par Baldy, 695. Voir : Cœur.
Forgue. Voir : Bec de Lièvre.
Formulaire du praticien. (Tous les numéros.)
Fosses nasales. Solution antiseptique, 155. Voir : Nez.
Fougère mâle contre Tænia, 28; par Binet et Prevost, 371.
Fournier. Voir : Syphilis.
Fractures simples, et fièvre, par Gangolphe et Jousserand, 452.
Frederick. Voir : Curettage, Phtisie.
French. Voir : Phthisie.
Fromaget. Voir : Tétanos.
Frommer. Réactif de —, 209.
Fry. Voir : Grossesse.
Furet. Voir : Pilocarpine.
Furoncle. Traitement par acide borique, par Alison, 348, 514, 760; — médical et antiseptique, 789 ; par Gingeot, 259 ; — et chloral, 280.
Furonculose. Voir : Furoncle.
Fuschine. Voir : Laryngologie.

G

Gaïacol dans la phtisie par Eloy, 165; par Picot, 143 ; par Pignol, 158; — iodoformé, par Lemaitre, 392; par Robertson. 618; formules pour — 663. Voir : Tuberculose.
Gaillard. Voir : Varicelle.
Gale Traitement, 679;— par hyposulfite de soude, par Commessati, 391.
Galega chez les nourrices, par Carron de la Carrière, 437.
Galezowski. Voir : Benzo-phénonéide.
Galiana. Voir : Chloralamide.
Galliard. Voir : Ethylène, Foie, Impetigo, etc.
Gangolphe. Voir : Artères, Fractures, — Os.
Gangrène spontanée. Traitement chirurgical, par Reynier, 62; Reclus, Berger, 62 ; — du pied consécutive à injections d'antipyrine, 715 ; — symétrique des extrémités, par Wedensky, 402.
Garcia. Voir : Fièvre jaune.
Garel. Voir : Erysipèle, Transparence.
Gaston. Voir : Diphtérie.
Gastralgie. Traitement, 295.
Gastrite. Voir : Anémie.
Gastro-entérostomie. par Hanh, 375.
Gauthier. Voir : Ulcère.
Gavilan. Voir : Accouchements.
Gargarismes astringents, par Eloy, 706.
Gautrelet. Voir : Estomac.
Gellie. Voir : Grippe.
Georges. Voir : Arthritisme, Thérébenthine.
Gerçures. Traitement par glycéré de tannin, 471.
Gersler. Voir : Salicylate.
Genou. Epanchements du —, par Owen, 200 ; genu valgum, traitement, par Kirmisson, 410.
Gevaert. Voir. Enfants.
Gibert. Voir : Aphasie.
Gilbert. Voir : Choléra.
Gillet (H.). Voir : Alcoolisme, Angine, Collapsus, Laryngite, Lymphatisme, Pneumonie, Poumon, Pulmonaire, Scarlatine, Stomatite.
Gillet de Grandmont. Voir : Glaucôme.
Gillespie. Voir : Rhumatisme.
Gimbert. Voir : Créosote.
Gingeot. Voir : Furonculose.
Gingivite. Collutoire contre, 488; — des femmes enceintes, topique contre, 43.
Girode. Voir : Choléra.
Glaucôme, son diagnostic, 328 ; traitement, par Dehenne, 57.
Glax-Abrazza. Voir : Boissons, Cœur.
Glick. Voir : Bromure d'éthyle.
Glossite exfoliatrice. Traitement par Besnier, 407.
Glutzmann. Voir : Acide trichloro-acétique.
Glycérine. Voir : Dents, Hemorrhoides, Suppositoires.
Goitre exophthalmique. Symptomatologie.
Traitement, par Eloy, 565.
Goldenberg. Voir : Estomac.
Gonocoques. Voir : Blennorrhagie.
Gonorrhée. Traitement par Honichak, 562.
Gordon. Voir : Digestion, Orexine.
Goris. Voir : Tuberculose.
Gottschalk. Voir : Thiol.
Goudron dans bronchites, 289.
Goulliaud. Voir : Hystérectomie.
Goutte et traitement d'Edison, 30 ; — rénale et traitement, 457 ; — du poumon. Voir : Poumon, Neurasthénie.
Graefe. Voir : Grossesse.
Graham. Voir : Vieillesse.
Gramond. Voir : Incompatibilité.
Grancher. Voir : Coqueluche.
Grandclément. Voir : Iris, Ophtalmie, Nitrate d'argent, Sulfate de cuivre, Yeux.
Grasset. Voir : Clinique médicale.
Greffe. Voir : Cancer.
Gregg. Voir : Terpine, Tuberculose.
Grenouillette. Cure radicale de la —. 696.
Grippe. *Pathologie*. Etiologie, par Teissier, 359 ; par Roeser,

Digitized by Google

786 ; — et névrite optique, par GILLET, 782 ; épidémie de —, 809 ; manifestations pleurales, 135 ; — en Perse, 570 ; — en mer, 31. Voir : Cœur, Quinine.
GRIMAUD. Voir : Tuberculose, Quinine.
GRIVÉ. Voir : Antipyrine.
GROSS. Voir : Clinique.
Grossesse : *Vomissements* de la —, par KALTENBACH, 408 ; bromure contre —, par CONHSTEIN, 736.
Douleurs symphysiennes, par DEMELIN, 258.
Hemorrhagies de la —, par GRAEFE, 324.
Diabète, 696.
Tetanie, 353. Voir : Accouchements, Vomissements.
GROUSSIN. Voir : Morphinomanie.
GRIM. Voir : Bronchite.
GUELLIOT. Voir : Cancer.
GUERMONPREZ. Voir : Hystérectomie.
GUIDI. Voir : Pseudo-coqueluche.
Gingivite et traitement, 663.
Guaco. Propriétés, indications, par ELOY, 639.
GUÉNIOT. Voir : Dépopulation.
GUIBERT. Voir : Hemorrhagie, Tuberculose.
GUINARD. Voir : Absorption.
GUNSBURG. Réactif de — 289.
GUTTMANN. Voir : Périthyphlite, Leucémie.
GUYON. Voir : Rein, Tuberculose.
Gynécologie, par POZZI, 517. Voir : Folie.
Gynocardique (Acide). Voir : Chaulmoogra.

H

HACHE Voir : Pleurésie.
HACTER. Voir : Pental.
HAHN. Voir : Gastro-entérostomie.
Haleine, sa fétidité, traitement, 42, 202,
HALLION. Voir : Typhlite.
HALLOPEAU. Voir : Mycosis.
Halvine. Succédané de la quinine, 427.
HANG. Voir : Lysol.
HAMMERSCHLAG. Voir : Tuberculose.
HANIKA. Voir : Blennorrhagie.
HANOT. Voir : Angine.
HARUNS. Voir : Vaccine, Variole
HARES. Voir : Fièvre typhoide. Bains.
HARLAY, Voir : Foie.
HAVILAND-HALL. Voir : Rhinite.
HAYEM. Voir : Alcoolisme, Hémorrhagie, Ictère, Sang, Thérapeutique, Tuberculose.
HECKEL. Voir : Combretum, Euphorbiacées.
HEILLY (d'). Voir : Fièvre typhoide.
HEITLER. Voir : Cœur.
HELENINE. Voir : Leucorrhée.
Hellébore blanc, ses alcaloides, 316.
Hématurie rénale, 76.
Héméralopie. (Epidémie d'), par VENNEMAN, 401. Voir : Ictère.
Hémiplégie spasmodique infantile, par RETROUVEY, 646, palustre, par LAPLANE, 649.
Hémoglobinémie. Voir : Ictère.
Hemoglobinurie, par RINONAPOLI, 784.
Hémophilie. Voir : Splenectomie.
Hémorrhagies, Diathèse hémorrhagique, par HAYEM, 474 ; — viscérales chez les mort-nés, par SRENGER. 438 ; traitement par ergotinine, 516 ; — dentaires (collutoire), 775 ; — par RICHER, 805.
Hémorrhoïdes. Traitement par glycérine iodée, par PRIMANN, 580 ; pommade contre —, 548.
HENOCH. Voir : Lymphe de Koch.
HENOCQUE. Voir : Sang.
Hérédité. Usage et désuétudes, par BALL, 833. Voir : Aliénation mentale.
HERMANN-HINTERTROISIER. Voir : Epilepsie.
Hernies *ombilicale* congénitale, 12, par ROUTIER, 410 ; — de la femme, par BERGER, 252.
— *inguinale* des soldats, par ANTONINI, 5.
Herniotomie, 348 ; — chez la femme, 630 ; — et cure radicale, par BERGER, 377 ; — par LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, 555 ; — par SCHWARTZ. 557 ; — par WOLFF, 146 ; — chez les enfants, par FELIZET, 154 ; — et bandages, par PRÉVOST, 269 Voir : Poumon, Vessie.
HERVIEUX. Voir : Vaccine.
HINZ. Voir : Arseniate, Diarrhée.
HIPPEL. Voir : Cornée.
HIRSCHFELD. Voir : Diabète.
HIRST. Voir : Arthrite.
HOMEN. Voir : Influenza.
HONICHAK. Voir : Gonorrhée.
Hôpitaux. Concours de l'Internat, 684 ; — 492 ; The Sloane maternity hospital — du Benzola, 443.
Honoraires. Prescription des — 183.
HORN. Voir : Toxicologie.
HUCHARD. (H.). Voir : Aristol, Bétol, Bryone, Cactus, Cœur, Coqueluche, Enfants, Enseignement, Foie, Iodure, Kola, Lithiase, Nevralgie, Phthisie, Pleurésie, Pneumonie, Tartrate, Thérapeutique, Tuberculose, Salol, Vaisseaux.
HUGUES. Voir : Nœvi.
Huile *camphrée*. Voir : Phthisie.
— de *foie de morue*, émulsion, 603 ; comme topique, 309 : 186.
— d'*olives* dans obstruction intestinale, par MITCHELL, 185.
— de *ricin*, son principe, par MEYER, 40.
HUMBERT. Voir : Syphilis,
Humérus. Ostéo-sarcôme de l' —, par BEYEN, 125.
HUNZ. Voir : Dermatol.
HUTCHINSON. Voir : Rougeole.
Hydrocéphalie. Traitement, par BROCA, 185.
Hydrocèle congénitale, pathogénie, 696.
Hydrargyrum cum creta. Voir : Mercure.
Hygromas aigus multiples, par FLEURY, 489 ; — congénital axillaire, par IPAIRE. 495.
Hypercesthésie. Voir : Larynx.
Hyperhydrose palmaire et plantaire, traitement par ichthyol, 248.
Hypnotiques. Médicaments, par LIÉGEOIS. 263.
Hypnotisme et suggestion, par BERNHEIM, 43 ; — par LALAY 371 ; son emploi thérapeutique, 244, 263. Voir : Hystérie.
Hypochlorhydrie. Voir : Fièvre typhoide.
Hyposulfite de soude. Voir : Gale.
Hystérectomie et laparotomie, par REGLUS, SEGOND, 205 ; — ROUTIER, CHAMPONNIÈRE, TERRIER, 189 ; — vaginale, par TERRILLON, 173 ; — par POZZI, 174 ; — par GUERMONPREZ, 603, 619 ; — dans cancer et prolapsus, 392 ; — dans suppurations pelviennes, 514, 729. Voir : Utérus.
Hystérie mâle, par DEBOVE, 377 ; — par TOURNIER, 541 ; — par BITOT, 282 ; — caractère des tremblements, par ODDO, 617 ; leçons sur —, par PITRES, 632 ; — avec attaques épileptiformes, 666 ; — et pseudo-méningite, par CHANTEMESSE, 346 ; — et troubles trophiques, par RICHARDIÈRE, 175 ; — et vigilambulisme, par BLOCQ, 129 ; — et paralysie faciale, par BALLET, 29. Voir : Tabes, Tuberculose.
Hystéropexie vaginale contre déviations utérines, par BAYLE, 101.
Hygiène publique, 239, par PALMBERG, 153 ; — générale, par CORIVEAUD, 534 ; — par KUBORN, 631 ; — par BALESTRE, 249 ; — en Afrique, 651 ; — Voir : Arthritiques ; congrès d' — 41 ; exposition d' — 315.

I

Ictère. *Formes*, par STADELMAN, 438 ; — hématique, par HAYEM, 490 ; — et xanthopsie, etc., par HENNIG, 339.
Ichthyol en gynécologie, 171 ; — et hyperhydroses, 248 ; — et thiol dans la métrite, 757 ; — dans l'érysipèle, par FOWLER, 139 ; par KLEIN, 756 ; Vernis à l'—, par UNNA, 212 ; Préparations à —, 646.
Idiotie. Psychologie, par SOLIER, 282.
Index bibliographique, *passim*.
Infection buccale, 554 ; — secondaires et leurs voies de pénétration, par MÉRIGOT DE TREIGNY, 366, 493 ; — puerpérale, par PÉROCHAUD, 297.
Infirmiers des colonies, 315 ; — aux Indes, 15.
Influenza. Parésie laryngienne consécutive à —, par CAZAUX, 374 ; Névrites de l'—, par HOMEN, 44 ; Traitement de l'—

Digitized by Google

par salicine, par TURNER, 611 ; Mortalité par —, 79 ; — en Autriche, 426. Voir : Larynx.
Injections *de Brown Séquard*, action chez les adultes, 103. — *intra-articulaires*, par VERGELY, 330, 463, 479. Voir : Phthisie.
Inoko. Voir : Adonidine.
Insomnie rebelle ; traitement, 775. Voir : Enfants.
Insuffisance aortique. Voir : Cœur.
Instruments. Technique instrumentale des sciences médicales, par MERGRET, 518.
Intérêts professionnels, 547.
Internat. Concours de 1890, 78, Age des candidats, 240 ; Conférences payantes, 64. Voir : Hôpitaux.
Intestin. *Occlusion* par un calcul, par THIRIAR, 221 ; — et laparotomie, par OBOLINSKI, 210, 193 ; — et courants continus, 635 ; muqueuse de l'—, par BENOIT, 815.
Plaies de l'—, par CHAPUT, 697.
Opérations sur l'—, par BOIFFIN, 269 ; iléocolostomie, 806.
Intubation. Voir : Diphtérie, Larynx.
Iode dans hyperesthésies laryngées, 139 ; — en obstétrique, par MENDELSOHN, 134 ; Potion glycosique à l'—, 632 ; Teinture d'—, par MAZURIER, 160.
Iodisme thérapeutique, par ELOY, 166.
Iodoforme dans phthisie, par ELOY, 164, 420 ; — en émulsion dans abcès froids, 59 ; — en gaze pour obstétrique, 75 ; essai de la gaze —, 32 ; Préparations d'—, par CHEVILLOT, 578 ; Désodorisation de l'—, 620.
Voir : Tuberculose, Tumeurs blanches.
Iodures *alcalins*. Elimination, par HUCHARD, 704 ; — de potassium, administration, 188 ; — et chlorate de potasse, 311 ; Solution iodo-bromurée, 187 ; Recherche dans l'urine, par BESNIER, 15. — Voir : Asthme, Morphine, Sulfate de spartéine, Syphilis.
IPAVIC. Voir : Hygroma.
Ipecacuanha. Historique, par H. MOLLIÈRE, 41.
Iris, par GRANDCLÉMENT, 60 ; Iritis aiguë, par DEHENNE, 340 Iridectomie : Voir : Cataracte.
Irrigations vaginales, par BUDIN, 314.
ITZY. Voir : Amygdale, Créoline.

J

JACCOUD. Voir : Angine, Lymphe de Koch, Scarlatine.
JACOB. Voir : Aliénés, Salpingite.
JACQUET. Voir : Lichen plan.
JAKSCH (Von). Voir : Grossesse, Sang.
JAKUBOWSKA (Mlle). Voir : Fibromes.
Jambe. Massage, par GAUTHIER, 229.
Jambul dans le diabète, par DUBOSQUET-LABORDERIE, 123.
JAMES. Voir : Plèvre.
JARNOWSKY. Voir : Cerveau, Syphilis.
JASTROWSKY. Voir : Frommer.
JAVAL. Voir : Dépopulation.
JEAN. Voir : Beurre végétal.
JŒGER. Voir : Enfants.
JOGLIANI. Voir : Foie.
JOLLY. Voir : Lymphe de Koch.
JOSSERAND. Voir : Fractures simples.
JOUDEAU. Voir : Rectum.
Juifs. Hygiène des —, 570, 587.
JULER. Voir : Strabisme.
JULLIARD, Voir : Antipyrine, Chloroforme, Sulfate de spartéine.
JULLIEN. Voir : Syphilis.
JURGENS. Voir : Cœur.

K

KABLER. Voir : Rhumatisme articulaire.
KALTENBACH. Voir. Grossesse.
Kaori. pansement au —, par ELOY, 641.
KAPOSI. Voir : Fosses nasales, Peau.
KABHREIN. Voir : Bile.
KATZ. Voir : Tuberculose.
Kava-Kava. Son action physiologique, par CERNA, 151.
KEEGEN. Voir : Lithotopexie.
KENDRICH. Voir : Nickel.
Kératite des moissonneurs, traitement, par DEHENNE, 196 ; — par VERREY, 770.
KERSCH. Voir : Quinine.
KIMURA. Voir : Poplité.
KINGSTON-FOWLER. Voir : Appendice.
KIRMISSON. Voir : Genu-valgum, Appendicite.
KISCH. Voir : Stérilité.
KLEIN. Voir : Ichthyol.
KOBERT. Voir : Mauvine.
KOCH. Voir : Lymphe, Tuberculine.
KOCHER. Voir : Chloroformisation.
KŒRTH. Voir : Périthyphlite.
KOHOS. Voir : Tuberculose.
Kola. Action, par HUCHARD, 93, 99 ; son emploi, 798 ; — dans l'accouchement, par CHAUCHARD, 198. Voir : Caféine.
KORNER. Voir : Urine.
KOSTIOURINE. Voir : Injections.
Koumys. Recherches cliniques et thérapeutiques, par GOLOUBOFF, 390,
Kraske (*Opération de* —), par ROUTIER, RICHELOT, 125.
KRASZEWSKI. Voir : Diphtérie.
KRAUSS. Voir : Cœur.
KRŒNIG. Voir : Aorte.
KRONFELD. Voir : Orexine.
KUBORN. Voir : Hygiène.
KUNDRAT. Voir : Duodénum.
Kyste de la bouche, par MONOD, 439 ; — du vagin, par RUTHERFORD, 472.

L

LABORDE. Voir : Chloroforme, Enseignement, Strontiane.
Lactate. Voir : Quinine.
LAGNEAU. Voir : Dépopulation.
LAGOS. Voir : Spartéine.
LAGRANGE. Voir : Dacryocystite.
LAILLEZ. Voir : Limonade vineuse.
Lait, par MALAPERT DU PEUX, 104 ; — et tuberculose, par OLLIVIER, 126 ; — des vaches nourries avec feuilles d'artichaut, 539 : Maladies causées par le —, 568 ; Valeur du —, par VINAY, 520 ; Stérilisation du —, par CARRON DE LA CARRIÈRE, 241 ; Coagulation du —, par BÉCHAMP, 77 ; Microzyma du —, 650 ; Régime lacté, par DELION, 295 ; — aux États-Unis, 18 ; — de chèvre, par MOUSSET, 15 ; — de femme, 731.
LALOY. Voir : Hypnotisme.
LANCEREAUX. Voir : Diabète,
LANDAU. Voir : Intoxications.
LANGER. Voir : Vers intestinaux.
Langue. Plaies opératoires, par BERGER, 94 ; Section de la —, par DAVIS, 24. Voir : Erysipèle,
LANGSTONE. Voir : Appendicite.
LANNELONGUE. Voir : Crâniectomie, Suppuration, Tuberculose.
LANNOIS. Voir : Collodion, Tympan.
Laparotomie *exploratrice* dans plaies de l'abdomen, par RECLUS, 505 ; — par TERRIER, 490 ; — dans peritonite tuberculeuse, par PICQUÉ, 701.
Voir : Foie, Intestin, Occlusion intestinale, Péritonite.
LAPLANE. Voir : Hémiplégie.
Larynx. Hyperesthésie du —, par MOURE, 139 ; Traitement de la laryngite chronique, par RAGONEAU, 660 ; Intubation du —, par MASSEI, 512 ; —, par ROUX, 675 ; —, par BAGINSKY, 312 ; Corps étrangers du —, par SCHŒFER, 229 ; Croup guéri sans trachéotomie, par BAUMEL, 467 ; maladie de Ludwig, par ROUX, 675 ; Parésie du — à la suite d'influenza, par CAZAUX, 424 ; Laryngite striduleuse et traitement, par GILLET, 168 ; Fuschine en laryngologie, par BOGROFF, 610 ; Traitement de la laryngite des chanteurs, par FAULKNER, 542 ; Laryngectomie, par ROUX, 675 ; Société italienne de Laryngologie, 668. Voir : Tuberculose.
LARAUZA. Voir : Scrofule.

Digitized by Google

LATIL. Voir : Moelle épinière.
LANROUGE. Voir : Œil.
LAURENT. Voir : Eau, Tuberculose.
Lavage de l'estomac, par FROISSART, 168 ; — chez l'enfant, par TROITZKY, 416.
LAVAUX. Voir : Blennorrhée, Cathétérisme, Vessie.
LAVERAN. Voir : Anévrysme, Chorée, Fièvre typhoïde, Orage, Urticaire.
LAVRENTIEFF. Voir : Antisepsie.
LAWSON-TAIT. Voir : Utérus.
LEBEC. Voir : Accouchements.
LECOMTE. Voir : Cerveau, Cœur, Fièvre typhoïde.
LECZYNSKI. Voir : Atropine, Spasmes.
LE DENTU Voir : Anévrysme, Arthropathies, Cerveau, Mâchoire, Néphrectomie, Pyoctanine, Utérus.
LEECH. Voir : Pneumonie.
LE FORT. Voir : Crâne, Dépopulation, Vaccination.
LEMAISTRE. Voir : Gaïacol.
LEMERI. Voir : Tænia.
LÉNÉVITSCH. Voir : Chloroforme.
Lèpre et contagion, par MENOS, 86 ; Anesthésique contre la —, par THIBIERGE, 175 ; Traitement par huile de Chaulmoogra, 137 ; Hospitalisation de la —, 79 ; Déclaration obligatoire de la —, 272 ; — en Nouvelle-Calédonie, 411 ; — à la Ganiorque, 571 ; — en Russie, 348.
LEPRÉVOST. Voir : Assistance.
LERMOYEZ. Voir : Emphysème.
LEROY DE MÉRICOURT. Voir : Chloroforme.
Leucémie, diagnostic, par JAKSCH, 96 ; — suraiguë, par GUTTMANN, 800.
Leucocytes. Recherches sur —, par MAUREL, 233.
Leucoplasie. Traitement, par BROCQ, 788, 803, 821.
Leucorrhée. Traitement par l'hélénine, 649.
LEUDET. Voir : Bacille lactique.
LEWASCHEW. Voir : Diabète, Pleurésie.
LEYDEN. Voir : Perityphlite.
LEWIS. Voir : Aristol.
Lichen plan, par JACQUET, 504 ; — ruber, par VON DORT, 24.
LICHENSTEIN. Voir : Menthol, Vomissements.
LIÉBAULT. Voir : Thérapeutique.
LIÉBRECHT. Voir : Dermatol, Cantharidine.
LIÉGEOIS. Voir : Bromure, Chlorose, Cuivre, Euphorbia, Hypnotique, Menstruation, Morphine, Sciatique, Thérébenthine, Vomissements.
Ligatures. Substances employées pour —, par BOUILLY, 459 ; — artérielles. Voir : Artères.
LIMBECK. Voir : Paralysies.
Limonade vineuse, formule, par LAILLEZ, 212.
Linamarine, 731.
Liniment siccatif de Pick, 692.
Lipômes diffus, par BUCQUOY, 410 ; Pseudo-rhumatismaux, par DESNOS, 459.
Liquides pathologiques, leur examen, 537.
Lithiase biliaire, médications chirurgicales, par PICQUÉ, 146 ; Calomel dans —, par ZACCHARINE, 98 ; Cachets cholagogues, par HUCHARD, 98.
Litholopexie chez les enfants, par KEEGEN OWEN, 203.
Lithotritie chez les vieillards, par DESNOS, 10 ; — chez les enfants, par ALEXANDROFF, 801.
LIVOFF. Voir : Cerveau.
LOCHWOOD. Voir : Neurasthénie.
LŒFFLER. Voir : Diphtérie.
LORENZ. Voir : Acétonurie, Colonne vertébrale.
LOUIS. Voir : Fièvre typhoïde.
LOUTZENSKO. Voir : Saccharine.
LUC. Voir : Oreille.
LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Voir : Rotule.
Lunettes. Origine et histoire des —, 571.
Lupus. Chlorure d'or dans le —, par RUSIN, 416 ; Traitement du —, par BESNIER, 17 ; raclage du —, 809.
Luxation. Voir : Pisiforme.
Lymphatiques. Lymphangites et pulvérisations phéniquées, par SCHWARTZ, 130 ; —, par GILLET, 576.
Lymphangite. Voir : Lymphatiques.
Lymphadénôme. Voir : Testicule.
Lymphe de Koch, son action physiologique, par JACCOUD, 95 ; —, par ELOY, 101 ; — nature et composition, par ELOY, 33 ; — à la Société de Dermatologie, 102 ; —, par JOLLY, HENOCH, 109 ; —, par EWALD, 76 ; —, par COUSIN, 124 ; — Lésions anatomiques, par VIRCHOW, 44 ; — dans exsudats tuberculeux, par DEBOVE, 222 ; —, statistique des malades traités en Prusse, 176 ; — au Congrès allemand de médecine, 249 ; — de chirurgie, 237.
LYONNET. Voir : Diphtérie.
Lysol dans les maladies de l'oreille, par HANG, 402 ; — en obstétrique, par PÉE, 785 ; — contre variole, par PELLEGRIN, 801.

M

MAGAIGNE. Voir : Arthrite.
MAC-DONNEL. Voir : Rhumatisme.
MACÉ Voir : Enfants.
Mâchoire. Constriction, Traitement, par LE DENTU, p. 45.
MAGET. Voir : Diarrhée.
MAGITOT. Voir : Cocaïne.
MAGNAN. Voir : Phthisie.
Maladies *contagieuses*, déclaration obligatoire, 699 ; — des enfants, par DESCHOIZILLES, 71 ; — en Allemagne, 587, 284, — mentales, par BALL, 327.
— *de Morvan*, par GEOFFROY, 142.
— *de Paget*. Voir : Arthropathie.
— *de Parkinson*, par MORETTI, 280.
— *de Pott*. Voir : Pott.
— *de Thomsen*. Voir : Thomsen.
MALAPERT DU PEUX. Voir : Lait.
Malaria, par E. PEPPER, 153, 470.
Mamelles. Hypertrophie des — par LABBÉ, 491 ; gerçures du mamelon, 663.
MAMMEN. Voir : Chloroforme, Nitrite d'amyle.
Manganèse et chlorose, par ELOY, 343.
MANNING. Angines, 60.
MANQUAT. Voir : Matière médicale.
MANZAROW. Voir : Arsenic.
MARAIS. Voir : Utérus.
MARCHAND. Voir : Foie, Rectum.
MARCHANDÉ. Voir : Cocaïne, Dents.
MARCIGUEY. Voir : Bubon, Grippe. Sociétés de chirurgie et médicale des hôpitaux.
MARCONE. Voir : Digestion.
MARIE. Voir : Crâne.
MARLIER. Voir : Pied-bot.
MAROTTE. Voir : Fièvre typhoïde.
MARQUEYROL. Voir : Cœur, Insuffisance aortique.
MARTH. Voir : Cystite.
MARQUIÉ. Voir : Nyctalopie.
MARTY. Voir : Bromure, Salol.
MARTIN-DURR. Voir : Pouls.
Massage. Traité du — par NORSTROM, 694 ; — contre la diarrhée, par ECCLES, 119.
MASSEI. Voir : Larynx.
MATHIEU. Voir : Diabète, Vitiligo.
Matière médicale et pharmacologie, par MANQUAT, 776.
MAUREL. Voir : Anémie, Leucocytes.
MAURIAC. Voir : Syphilis.
Mauvine Ses propriétés, par KOBERT, 185.
MAZURIER. Voir : Iode.
Médicaments nouveaux, par CRINON, 233, médication de l'aortite aiguë, par ELOY, 199.
Médecine. Jurisprudence, 601 ; Usurpation de nom, 435 ; Loi sur — 716, 395 ; Réorganisation de la — légale, par FALLOT ; L'année médicale, par BOURNEVILLE, 517 ; Certificats, 602 ; — et assurances, 684 ; française et allemande, par ELOY, 254 ; Statistique, 31, 699 ; — à l'exposition, 651 ; — en France et en Allemagne, 284 ; Histoire médicale, 427 ; Réclame dans l'antiquité, 411 ; Institut médico-légal de Paris, 523 ; — viennois, 127 ; — russes, 127.
Médecine d'armée. Médecins de la marine, leur avancement, par ELOY, 693 ; Militaires, leur situation, 19. Voir : Nouvelles.

Digitized by Google

Mélancolie des condamnés, par CHARPENTIER, 198 ; mélancoliques anxieux, par CHASTENET, 406 ; — sénile chez la femme, par TOUDOUZE, 777,
Mélinite. Voir : Bronchite, Empoisonnement.
MENCKE. Voir : Diarrhée, Résorcine.
MENDEL. Voir : Apoplexie.
MENDELSOHN. Voir : Iode.
Méningite typhoïde par bacille d'Eberth, par FERNET, 440 ; — et abcès tuberculeux, par RENDU, 506. Voir : Tuberculose.
MENOS. Voir : Lèpre.
Menthol contre les vomissements, 261 ; — dans affections de l'oreille, 172.
Menstruation difficile et douloureuse (traitement), par LIÉGEOIS, 595.
Mercure. Action tabetogène du —, 809; *Biiodure* de — comme germicide, 25.
Benzoate en injections contre syphilis. 533.
Bichlorure contre blennorrhagie. par DIDAY, 188; contre ulcère de la cornée, par VALUDE, 96 ; — dans l'ophtalmie purulente, par GRANDCLÉMENT 92 ; traitement des plaies par — 714;— contre syphilis cérébrale, par HALE WHITE, 403
Hydrargyrum cum creta contre cholélithiase, 186.
Nitrate de — dans péritonite, par PHILIPS, 344.
Voir : Blennorrhagie, Syphilis, Tuberculose.
MERGRET. Voir : Instruments.
MERIGOT DE TREIGNY. Voir : Contagion, Désinfection, Infection, Rhumatisme.
MERLIN. Voir : Estomac.
Mésentère. Kyste séreux, par TERRILLON, 345.
MESSMER. Voir : Toxicologie.
Méthylène. *Bleu* de —, comme analgésique, par GALLIARD, 270
Métrite du col, 407.
Métrorrhagies secondaires, 202.
MEYER. Voir : Huile de ricin.
MEYNIER. Voir : Cystite.
MICHAEL. Voir : Cancer.
Microbes, Maladies microbiennes, par CABADÉ, 232 ; — de la bouche, par DAVID, 232 ; — de la mer Morte, 603 ; Elimination des — par la sueur, par BRUNNER, 434 ; par EISELSBERG et ERNST, 530.
Microcidine, préparation et posologie, par BERLIOZ, 387.
Microzyma. Voir : Lait.
MILLIE. Voir : Cocaïne.
MILTON. Voir : Aorte.
MITCHELL. Voir : Asaret, Huile d'olives, Obstruction.
Moelle épinière. Hérédité dans les maladies de — par LATIL, 618.
MOLLIÈRE. Voir : Ipecacuanha.
MONAVON. Voir : Caféine.
MONCORVO. Voir : Salol.
MONNIER. Voir : Tuberculose.
MONOD. Voir : Kyste.
MONPROFIT. Voir : Etranglement interne.
Monstres en obstétrique, par DEMELIN, 451.
MOOS. Voir : Oreille.
MORARD. Voir : Accouchements.
Morbidité militaire aux Etats-Unis, 31.
MOREAU. Voir : Folie.
MOREL-LAVALLÉE. Voir : Erythromélalgie.
MORET. Voir : Aliénés.
MORETTI. Voir : Atropine, Maladie de Parkinson.
MORICE. Voir : Eaux de Néris.
MORISSET. Voir : Lait.
MORITZ. Voir : Pleurésie.
MORIZ-KAPOSI. Voir : Peau.
MORROW. Voir : Alopécie.
Morphine. *Emploi*, — contre les vomissements, 74 ; — et iodures, par ELOY, 706.
Morphinisme, diagnostic, par WATSON, 643, — traitement, 539, 269.
Mort, dans insuffisance aortique, par CORBIZIER, 56.
Mortalité des enfants en Russie, 289.
MOSETIG-MOORHOF. Voir : Tinctothérapie.
MOTY. Voir : Abdomen.
MOURE. Voir : Larynx, Otalgie, Syphilis.
Moussenine. Sa posologie, par THIEL, 253.
MOYNAC. Voir : Chirurgie.
MOYSEN. Voir : Propriété; Secret.
Muguet. Traitement du — des enfants, 713.
Musc et ses organismes infectieux, 316 ; — artificiel, 428.
Mutisme. Voir : Aliénés.
Mycosis fongoïde, par BROCQ, 473 ; par HALLOPEAU, 503.
MYERS. Voir : Cœur.

N

Naphtaline et fièvre typhoïde, par NATANSON, 155.
Naphtol et antisepsie intestinale, par BURTON, 325 ; camphré. Voir : Adénite.
NATANSON. Voir : Fièvre typhoïde.
NATIER. Voir : Syphilis.
Nécrologie. *Passim*.
Neisser : Voir Tuméno l.
Néphrectomie par LE DENDU, 297 ; TERRILLON, 110.
Néphrite. Traitement par DELAFIELD. 784.
NETTER. Voir : Fièvre typhoïde, pleurésie.
NEUBERGER. Voir : Podophyllotoxine.
Neurasthénie, étiologie, par LOCKWARD, 597 ; traitement par CHIAIS, 728.
NEVÉ (A.). Voir : Ostéomyélite.
Névralgie faciale et théine, 728, et traitement.
Nez, *plaies*, traitement, 27.
NICAISE. Voir : Thyroïdite.
NICATI. Voir : Œil.
Nitrate. Voir : Argent.
Nitrobenzol, empoisonnement, par DODD, 293.
Nævi, pigmentaires par HUGUES, 282.
NORSTROM. Voir : Massage.
NOTHNAGEL. Voir : Cœur.
Nourrices ayant un seul sein utile, par SABATIER, 406.
NOURY. Voir : Fièvre typhoïde.
Nouveau-né. Voir : Paralysie.
Nutrition. Voir : Sonde.
Nyctalopie et insuffisance mitrale, 835. Voir : Ictère.

O

OBOLINSKI. Voir : Intestin.
Obstétrique. Voir : Accouchements.
Obstruction. Voir : Intestin.
Occlusion. Voir : Intestin.
ODDO. Voir : Hystérie.
Œdème. Voir : Rhumatisme.
Œil : *énucléation* par BAZIN et CHAVIER, 234.
Tumeurs malignes par LAURANGE, 313.
Ophtalmie purulente, 233, par VALUDE, 507; par GRANDCLÉMENT. 92, et permanganate de potasse. 155.
Anatomie, par QUENU, 94 ; — et benzo-phénoneïde, 27.
Œsophage, *corps étrangers*, 272.
Officiers de santé, 182.
OLLIVIER. Voir : Tuberculose.
Onanisme, traitement par la suggestion, par BERNHEIM, 390.
Ongle. Voir : Diabète.
Ophtalmie. Voir : Œil.
Ophtalmologie. Voir : Œil.
Opium, action sur l'intestin, par SPITZER, 325.
Orbite, Angiome, par PANAS. 221.
Orchidopexie. Voir : Testicule.
ORD. Voir : Aorte.
Oreille, bruits perceptibles, SZENES, 198 ; — suppurations, par MOOS, 597 ; par LUC, 338 ; 327.
Otalgies, traitement, 311 ; — *Otite*, traitement, 192, 166. Voir : Toux.
Oreillons, orchite et ovarite, par ELOY, 576.
Orexine *chlorhydrate de* —, par KRUMFELD, 135 ; GORDON, 661.
Os, *ostéite* et affections pleuro-pulmonaires, par BARRÉ, 333 Voir : Fièvre typhoïde.
Ostéo-myélite et épiphyses, par NÈVE, 24.
Osteotomie : pour cals vicieux, 818.
Ostéomalacie, traitement par STERNBERG, 313.

Digitized by Google

Ovaire, kystes, par SCHWARTZ, 342, 756; hémorrhagies, par GUIBERT, 260 : — ovarites, par TERRILLON, 153.
OWEN. Voir : Genou, litholapaxie.
Oxalique. (*Acide*). Voir : Rein.
Oxyde de carbone, moyen de le reconnaître, 619.
Oxymel *scilitique* et coqueluche, par SIMON, 307.
Oxyures *vermiculaires*, traitement par ELOY, 108.
Ozène, traitement antiseptique, 617.
Ozone, action sur le sang, 521.

P

Palatoplastie, 570.
PALMBERG. Voir : Hygiène.
PALTAUF. Voir : Pyohémie.
PANAS. Voir : Conjonctivite, Orbite, Paupières.
Pancréas, Voir : Diabète.
PANWITZ. Voir : Diarrhée.
Pansements, 48.
PAOLA (DE). Voir : Variole.
Papillite. Sa valeur diagnostique. par BALL, 76.
Paralysie faciale, par DEBOVE, 174; — des nouveau-nés, par COMBY, 63; — motrice, d'origine centrale, par RENDU, 735; — générale et intoxications, par CHARPENTIER, 8; — chez les ecclésiastiques, 539; — produites par la foudre, par VON LEMBECK, 370; — Traitement chirurgical, par CLAYE SHAW, 618.
Voir : Alcoolisme, Hystérie, Influenza, Syphilis.
PARISOT. Voir : Diphtérie.
Parotidite à pneumocoques, par ELOY, 228; par DUPLAY, 228.
Voir : Pneumonie.
PATTÉ. Voir : Cœur, Tabac.
PATTESON. Voir : Eczéma.
PAUL (C.). Voir : Pleurésie.
PAUL (Jean). Voir : Hernie.
Paupières. Greffe autoplastique des —, par PANAS, 475.
PAYNE. Voir : Verrues.
Peau. *Maladies de* —, leur traitement, par BROCQ, 7; par KAPOSI, 548.
Eruptions, par RENAULT, 592.
Dermatite herpétiforme, par DUHRING, 483; dermatose épidémique, 806; — exfoliatrice, par DUCASTEL, 504. Gangrène chez les enfants, par CHARMOY, 282.
Traitement de quelques maladies, 667.
Voir : Angiomes.
Pectoriloquie aphone, sa valeur, par ROCHART, 309.
PÉE. Voir : Lysol.
Pelargonium. Voir : Coqueluche.
PELLISSON. Voir : Accouchement.
PEPPER. Voir : Malaria.
Pental et anesthesie, 838.
PÉRIER. Voir : Enfants, Hygiène.
Périnée pendant l'accouchement, par DEMELIN, 452.
Péritonite *suppurée*, par PERRET, 422; — après un lavement, par BALL, 166.
— *tuberculeuse* et laparotomie, par WEELER, 24; par SCHWARTZ, 355; — et nitrate de mercure, par PHILIPPS, 344.
Périlyphlite. Période prémonitoire de la —, par DESCHAMPS, 438. Traitement chirurgical, par LOWENBERG, FRANKEL, 43; par KOERTE, 409.
Permanganate de potasse dans l'ophtalmie purulente, 155.
PERRET. Voir : Antipyrine, endocardite, Péritonite.
PERROCHAUD. Voir : Infection puerpérale.
PERROUD. Voir : Caféine.
PETIT. Voir : Digitaline, Urèthre.
PEUGNIEZ. Voir : Rotule.
PEYROT. Voir : Biliaire, Foie.
Phanéroscopie, 427.
Pharmacologie. Conservation de la liqueur de Fehling, 571; — des potions éthérées, 602; des solutions médicamenteuses. 540.
Pharynx. Tumeurs adénoïdes du — nasal, par ROUX, 624.
Voir : Antipyrine, Abcès, Phlegmon.
Phénique (Acide). Voir : Lymphatiques.
PHILBERT. Voir : Surmenage.
PHILIPPS. Voir : Mercure, Péritonite, Rhinite.
Phimosis. Traitement par dilatation, 617.
Phénocolle. Chlorhydrate, par HERTEL, 292.
Phlegmatia alba dolens. Voir : Chlorose.
Phlegmon aigu du pharynx, par SAMTER, 453. Voir : Abcès.
Phosphore dans l'ostéomalacie, 313.
Phosphate. Voir : Créosote.
Phthiriase pubienne, traitement, 282; — du corps, 826.
Phthisie. *Diagnostic*. — à début extra-pulmonaire, par HUCHARD, 177; — précoce, par HUCHARD, 161 : — des alcooliques, 86.
Traitement par l'iodoforme, par ELOY, 165; — et gaïacol, par ELOY, 165; — par l'huile camphrée, par HUCHARD et FAURE-MILLER, 529; — les eaux minérales, par HUCHARD, 301; — le vin de quinquina arsenical, 186; — solution iodo-bromurée, 186; Potion contre la toux, 602; Médication sclérogène, 476; Injections intra-pulmonaires, par FRENCK, 85; — Inhalations antiseptiques, par G. SÉE, 238; — Fumigations, 256; — et tellurate de soude contre sueurs, 104; — et fièvre, traitement par WILLIAMS, 229; Résection du poumon tuberculeux, par TUFFIER, 330.
Voir : Tuberculose.
PIANESI. Voir : Chorée.
PICOT. Voir : Gaïacol, Tuberculose.
PICQUÉ. Voir : Articulations, Curettage, Laparotomie, Liniment, Lithiase biliaire, Utérus.
Pied Ostéoplastie, par BERGER, 45.
Pied bot varus équin, par KIRMISSON, 476; par MARLIER, 119.
PIEDALLU. Voir : Iodure.
Pierres oculistiques, par AUZILLON, 16,
Pigmées (Le poison des), 300.
PIGNOL. Voir : Gaïacol.
Pilocarpine Accidents par —, par FURET, 186.
Pilules calmantes, 804.
PILZ. Voir : Vessie.
PINARD. Voir : Accouchements.
PINEL-MAISONNEUVE. Voir : Acromégalie.
Piperazidine, par BARDET, VOGT, 92.
Pisiforme. Luxation du —, par BAROIS, 39.
PITRES. Voir : Hystérie.
Pityriasis versicolor et traitement, par BESNIER, 407, 775.
Placenta prœvia, par DEMELIN, 100. Voir : Accouchements.
Plantes médicinales, par EGASSE et DUJARDIN-BEAUMETZ, 40.
Pleurésie *purulente*, par HACHE, 205; par C. PAUL, 60; — chez les enfants, par COMBY, 223; par JAMES, 628.
— *séreuse*, 86; — séro-fibrineuse, par WETTER, 253, et bacille d'Eberth, par FERNET, 330; — et antipyrine, par GRANDCLÉMENT, 360; — et acide salicylique, par HUCHARD, 705; — et massage, par POLLAKOW, 444; — et méthode sudorifique, par MORITZ, 531.
Pneumonie. Etiologie de la — fibrineuse aiguë, par GILLET, 659; — double et parotidite, 339; — infectieuse, par LEECH, 151. Respiration dans — 300; — et salol, par BOSLEY, 119; traitement, par HUCHARD, 798.
Pneumocoque, par RENDU, 313. Voir Périarthrite.
Podophyllotoxine, par NEUBERGER, 40.
POIRIER. Voir : Crâne.
POLAILLON. Voir : Utérus, Cerveau.
POLLAKOW. Voir : Pleurésie.
Polypes du nez. Traitement, 652.
Polyurie dans la sciatique, 603.
POMEROY. Voir : Rétine.
Pommes de terre, 272.
Ponctions. Voir : Injections.
POPELIN (Mlle). Voir : Sirops.
Poplité (anévrysme), 189.
PONCET. Voir : Rotule, Tumeur.
PORACK. Voir : Accouchement.
POTHERAT. Voir : Utérus, Vessie.
POTOCKI. Voir : Césarienne.
Pott (Mal de) vertébral, par J. SIMON, 630.
Pouce. Luxation du —, 330.
Poudre dentifrice, 160.
Pouls lent permanent, par COMBY et MARTIN-DURR, 94.
Poumon. Hernie du —, cure radicale, 13; Œdème du —, par

Digitized by Google

GILLET, 658; Goutte du —, par BARIÉ, 399. Voir : Tumeurs. Gangrène du —, 737.
POUZIN. Voir : Zona.
POWILL. Voir : Angine de poitrine.
POZZI. Voir : Chloroforme, Gynécologie, Hystérectomie, Utérus
Préparations anatomiques. Liqueur conservatrice, 427.
PREVOST. Voir : Hernie.
PRIMANN. Voir : Hémorrhoïdes.
Propriété scientifique, par MOYSEN, 120.
Prostate. Cure radicale de l'hypertrophie, par EIGENBRODT, 784.
PROUST. Voir : Dépopulation.
Prurigo de Hebra, par RENAULT, 593.
Prurit des ictériques et diabétiques, 391.
Psoriasis. Voir : Aristol.
Pulmonaire (artère). Sclérose de l' —, par GILLET, 658.
Purgatif. Pilules, 532.
Puerpéralité. Voir : Accouchements, Obstétrique.
Purpura. Nature et pathogénie, par ROÉ, 212; par DESCROIZILLES, 317.
Pyoctanine et tumeurs malignes, par LE DENTU, 283. Voir : Cancer.
Pyohémie par piqûre de mouche, par PALTAUF, 708.
Pyrèthre, 32.

Q

Quinine. *Chlorhydrate de* — et de fer en gynécologie, par KERSCH, 339.
Lactate de —, par VIGIER, 220; sa synthèse, 253.
Quinquina. Vin de — arsenical, 186.
QUENU. Voir : Œsophage, Rectum.

R

Rachis. Chirurgie du —, 664.
RAFF. Voir : Aristol.
Rage atténuée, par LAVERAN, 269; — en 1890, 192; — et muselière à Londres. 128, 159.
RAGONEAU. Voir : Laryngite.
RAULIN. Voir : Epiglotte.
RAYMOND. Voir : Maladie de Thomsen.
Réactif de Frommer, 109.
REALE. Voir : Acétone.
RECLUS. Voir : Anévrysme, Gangrène, Hystérectomie, Laparotomie, Suppuration.
Rectum. Absence de —, par JONDEAU, 690; prolapsus du —, par MARCHAND, 13; rétrécissements syphilitiques. Traitement par QUENU, BERGER, TERRIER, SEGOND, 141.
REDARD. Voir : Ethyle.
REEVE. Voir : Gynécologie.
Réflexe anal. Voir : Anus; — patellaire. Voir : Ataxie.
REGIS. Voir : Enfants.
REGNAULT. Voir : Bronchite, Cinchonidine.
REGNIER. Voir : Gangrène.
Rein. Gaz du —, 716; — mobile. Voir : Foie; Néphrite, par CHARPENTIER, 587; Rétentions rénales, par GUYON, 642, 797; Coliques néphrétiques et kystes hydatiques, par SCHNELL, 392.
Remèdes empiriques, 444.
RENAULT. Voir : Blennorrhagie, Dermatologie, Peau, Syphilis.
RENDU. Voir : Angine, Clinique, Estomac, Intoxication, Méningite, Paralysie.
RENON. Voir : Asthme, Diabète, Lèpre.
Renseignements cliniques et thérapeutiques, *passim*.
Resorcine. Résultats de la —, MENCHE, 676.
Voir : Diarrhée.
Responsabilité, par THIERRY, 547; —, 343.
Résection. Voir : Tuberculose.
Rétention d'urine, par DELEFOSSE, 329. Voir : Blennorrhagie.
Rétine. Son décollement, par WEBSTER, EMERSON et POMEROY, 402.
Rétinol en dermatologie, 482.
Rétrécissement. Voir . Rectum, Urèthre.
RETROUVEY. Voir : Hémiplégie.
Revue des *Cliniques de France et de l'Etranger*, 149, 642, 707, 784; — de *Chirurgie*, 721; — de *Dermatologie et de Syphiligraphie*, 511, 522; — de l'*Enseignement*, 190; — *générale*, 2, 65, 83, 115, 225, 333, 401, 413, 414, 541, 703, 813; — d'*Hygiène*, 559; — de *Laryngologie*, 674; — de *Médecine*, 194, 319, 366, 576, 654, 733, 790; — d'*Obstétrique*, 99, 258, 336, 450, 626; — d'*Ophtalmologie*, 782; — de *Pharmacologie*, 406, 420, 578, 706; — *professionnelle*, 181; — des *Sociétés*. Voir : Sociétés savantes; — de *Thérapeutique*, 66, 69, 97, 164, 322, 448, 542, 815; — des *Thèses*, 26, 86, 135, 167, 282, 309, 406, 567, 614, 645, 713, 751, 769, 798, 815.
Rhinite. Traitement par l'ichthyol, par PHILIPPS, 598; — atrophique et traitement par HAVILAND HILL, 251.
RHODES. Voir : Cocaïne.
Rhubarbe. Voir : Tricophytie.
Rhumatisme. Pathologie musculaire, diagnostic par ELOY, 117; — infectieux, par ELOY, 117; — blennorrhagique et complications, par MAC DONNEL, 103; — et nodosités sous-cutanées, par MÉRIGOT DE TREIGNY, 194; — et bradycardie, 696; fièvre du —, 723; traitement du — articulaire chronique, 267; — et bains froids, 421; — et éphèdre, 612, — et injections d'acide phénique, par GILLESPIE, 644, — et méthode thermo-résineuse, par CHEVANDIER, 758, — à Néris, par ROUX, 214. Voir : Chorée.
RICHARDIÈRE. Voir : Dyspepsie, Hystérie.
RICHARDSON. Voir : Eau oxygénée, Empyème.
RICHELOT. Voir : Utérus.
RICHER. Voir : Hémorrhagie.
RIEDEL. Voir : Anthrax.
ROBERTSON. Voir : Gaïacol.
ROCHET. Voir : Blennorrhagie.
ROCHARD. Voir : Dépopulation.
ROÉ. Voir : Purpura.
ROESER. Voir : Antisepsie, Grippe.
ROHART. Voir : Pectoriloquie.
ROQUES. Voir : Fièvre typhoïde.
ROSENTHAL. Voir : Sycosis.
ROSSOLINO. Voir : Anus.
ROBIN. Voir : Balnéation.
ROSSI. Voir : Favus.
ROTTENBERG. Voir : Brûlures.
Rotule. Fractures de la —. Traitement, 251; — par CHAMPIONNIÈRE, 424, 471; — par PONCET, 361.
Rougeole. Diagnostic, par ELOY, 672; Rash, par SURMONT, 155 Complications cardiaques, par HUTCHINSON, 312; — en Angleterre, 427. Voir : Broncho-Pneumonie.
ROUTIER. Voir : Cœur, Doigt, Foie, Hernie, Hystérectomie, Larynx, Trachée, Utérus.
ROUX. Voir : Diphtérie, Lèpre, Pharynx, Vésicule séminale.
ROSENBERG. Voir : Diphtérie.
Rupture utérine. Traitement, par DEMELIN, 336.
RUSIN. Voir : Lupus.
RUTHERFORD. Voir : Kystes.

S

SABATIER. Voir : Nourrice.
SABRAZES. Voir : Cysticerques.
Saccharine : Action cardiaque, par LOUTZENSKI, 104; lotion dentifrice, 9.
Sages femmes : Exercice, 183; en Belgique, 15.
Sahara (*climat*) : par WEISGERBER, 249.
SAHLI. Voir : Benzosol.
SAINT-CYR DE MONTLAUR. Voir : Cœur.
SAINT-PHILIPPE. Voir : Angine, Antipyrine, Broncho-pneumonie, Diarrhée.
Salicylamide, 771.
Salive : Virulence, par CHANTEMESSE, 314.
Salol. *Emploi* : 22, 1703; posologie, 9; — dans la diarrhée, 8 la fièvre typhoïde, 70; la pneumonie, 119; — en gynécologie, 202; par BALESTRE, 775; — et accidents, 770.
Accidents : Erythème, par CARTAZ, 708.
Salophène. Action du —, 806.
Salpingite : par TERRILLON, 266; Ses indications thérapeutiques, par JACOBS, 439.

Digitized by Google

Salicylate. Voir : Théobromine.
SAMTER. Voir : Phlegmon.
SANDMEYER. Voir : Diabète.
SANDRAS. Voir : Cœur.
Sanatorium et hôpitaux marins, 203.
Sang. Altération, par HAYEM, 41; maladies, par JAKSCH; microspectroscopie du —, par HÉNOCQUE, 736.
Santonine. Voir : Empoisonnement.
SARLET. Voir : Bronchite.
Saturnisme : Paralysie, par VARIOT, 647 ; coliques, par ESPAGNE, 707.
Scarlatine. *Pathologie* : Formes, par JACCOUD, 707 ; Gangrène, par REID DAVIS, 151 ; Angine, par GILLET, 2 ; Convalescence, par CHENET, 243.
SCHMID. Voir : Coqueluche.
SCHMIDT. Voir : Bouche, Pouce.
SCHNABEL. Voir : Cataracte.
SCHŒFFER. Voir : Larynx.
SCHROULGUINE. Voir : Cœur.
SCHWALBE. Voir : Tumeur.
SCHWARTZ. Voir : Abcès, Adénite, Arthrite, Artères, Corps étrangers, Doigt, Epilepsie, Hernie, Lymphatiques, Ovaire, Péritonite, Tuberculose, Utérus.
Sciatique et déformations : par TOURNIER, 83 ; Polyurie, 666 ; Traitement par LIÉGEOIS, 629 ; — par la solanine, 531.
Sclérogène (*médication*) : Voir : Tuberculose.
Scoliose. Formes, par DENUCE, 642.
Scrofule : Traitement, par LABAUZA, 533.
Secret médical et sociétés, par MOYSEN, 73.
SÉE (G). Voir : Cœur, Phtisie.
SEGLAS. Voir : Chorée.
SEGOND. Voir : Hystérectomie, Rectum, Utérus.
Seigle, *Enivrant* : 427.
SEMMOLA. Voir : Tuberculose, Urine.
SENATOR. Voir : Hématurie.
SERUM. Voir : Tuberculose.
Service de santé militaire : Aptitude, 233 ; des étudiants, 91 ; par ELOY, 136 ; des médecins de réserve, par ELOY, 265.
SEVESTRE. Voir : Diphtérie, Enfants, Syphilis.
SHERIDAN. Voir : Artères.
SIMON. Voir : Coqueluche, Oxymel.
SIMON (J.). Voir : Enfants, Pott.
SINUS : de la face, par COUETOUX, 212.
SIREDEY. Voir : Tabes.
Sirops médicinaux. Leur conservation, par Mlle POPELIN, 379.
Sitiophobie : Des aliénés, par FROSSART, 168.
SKALKOWSKI : Voir : Fœtus.
SMITH : Eclampsie.
SNOW. Voir : Cancer.
Sociétés, Congrès et Associations : *Association générale de France* : 96 217, 224 ; — *de la Seine* : 315 ; — *syndicales* : 183 ; — *médicale mutuelle* : 112 ; — *professionnelle du Nord*, 435.
Congrès des Sociétés savantes : 359.
— *de l'Association française pour l'avancement des Sciences* : 396, 587, 617, 633, 648 ; — *de la tuberculose* : 303, 502, 518, 535 ; — *français de chirurgie*, 192, 206, 220, 234, 240 ; — *des médecins aliénistes français*, 551 ; — *allemand de médecine interne*, 144, 249, 268 ; — *de chirurgie*, 127, 144, 237 : — *des aliénistes autrichiens* : 507 ; — de *l'Association médicale britannique*, 348, 569, 585, 617 ; — *international de médecine en Italie*, 731 ; *international d'hygiène*, 348, 535, 553, 566 ; — *des médecins et chirurgiens américains*, 663, 695.
France. *Société médicale des hôpitaux* : 29, 45, 63, 77, 94, 110, 126, 142, 158, 174, 189, 222, 235, 252, 269, 297, 313, 330, 345, 361, 377, 394, 410, 424, 440, 459, 474, 490, 505, 666, 683, 697, 715, 730, 746, 762, 778, 793, 809, 826.
— *de chirurgie* : 12, 28, 44, 62, 77, 94, 110, 125, 141, 156, 173, 189, 205, 238, 269, 283, 313, 330, 345, 361, 377, 393, 409, 424, 439, 458, 473, 489, 503, 665, 682, 696, 714, 729, 745, 762, 778, 792, 808, 826, 839.
— *de biologie* : 27, 91, 392, 728, 791.
— *de clinique de Paris* : 567.
— *de thérapeutique* : 60, 91, 122, 188, 500, 520, 728, 760, 791, 824.
— *médico pratique* : 61, 76, 92, 109, 124, 156, 173, 203, 268, 328, 344, 376, 423, 489, 681, 744, 807, 825.
— *de médecine pratique* : 155 328, 669, 728, 760.
— *d'ophtalmologie de Paris* : 271.
— *de médecine légale* : 60.
— *française d'hygiène* : 315.
— *française de Dermatologie* : 473, 502, 745.
Société médciale d'Amiens, 27, 360 ; — *de médecine de Besançon*, 133 ; — *de Bordeaux*, 127, 296, 360, 458, 680, 791 ; *Comité médical des Bouches-du-Rhône*, 328, 458 ; — *médico-chirurgicale de Marseille*, 392 ; — *de médecine du Calvados*, 122 ; — *de médecine de la Haute-Vienne*, 392 ; — *de l'Isère*, 567, 680 ; — *de la Rochelle*, 760 ; — *nationale de médecine de Lyon*, 60, 360, 392, 422, 791, 824 ; — *des Sciences médicales de Lyon*, 60, 188, 219, 520, 649, 760 ; — *de médecine et de chirurgie de Montpellier*, 219, 422, 489 ; — *de médecine de Nantes*, 296 ; — *de médecine du Nord*, 155, 360 ; — *de Rouen*, 520, 791 ; — *de médecine de Saint-Etienne*, 489.
Etranger. *Société allemande de dermatologie*, 325, 393 ; — *de médecine berlinoise*, 43, 96, 109, 140, 172, 202, 312, 343, 375, 408, 472, 724, 742, 776, 806 ; — *de médecine interne*, 776 ; — *de chirurgie de Berlin*, 375 ; — *obstétricale de Berlin*, 408 ; — *allemande d'ophtalmologie*, 271 ; *Association des naturalistes et médecins allemands*, 587.
— *impériale et royale des médecins de Vienne*, 251, 312, 344, 742, 776, 806, 838 ; *Collège des médecins de Vienne*, 109, 202, 838.
— *obstétricale de Londres*, 344, 438 ; — *pathologique de Londres*, 76, 100, 472 ; — *de médecine de Londres*, 109, 172, 202, 251, 375, 408, 438, 714, 742, 806 ; — *clinique de Londres*, 736 ; *Académie de médecine de Bruxelles*, 408, 665, 806 ; — *de médecine d'Anvers*, 127 ; — *du Brabant*, 438 ; — *de Gand*, 131, 472, 665 ; *médico-chirurgicale de Liége*, 251 ; — *des médecins finlandais*, 43 ; *médicale de la Suisse romande*, 776 ; *Académie de médecine de New-York*, 76.
Solanine. Voir : Thérapeutique.
SOLIER. Voir : Idiotie.
SONNENBURG. Voir : Périthyphlite.
Action sur la nutrition. par JAWEIN, 103.
Soude. *Biborate* dans la diphtérie, 285.
Bicarbonate dans la diphtérie, par VERNON JONES, 185 ; — dans la blennorrhagie, par CASTELLON, 135.
Ethylate et blépharite, par SYMONS, 167.
Sulfite comme antiseptique, 48.
SOULIER. Voir : Thérapeutique.
Spartium *junceum*, propriétés, par LAGOS, 85.
Spartéine et iodure, par JULLIARD, 406.
Spasmes musculaires et atropine, 280.
SPENCER. Voir . Hémorrhagies.
SPERLING. Voir : Utérus.
Splénectomie et hémophilie, par FOLET, 466.
SPITZER Voir : Opium.
Splénique. *Souffle*, par TOURNIER, 319.
Spléno-pneumonie. Signe de TEJEDA. 649.
SPOHN. Voir : Chloral, furoncle.
Spondylite. Voir : Colonne vertébrale.
STADELMANN. Voir : Ictère.
Stage obstétrical à Paris, 223, 239.
Statistique de Vienne, 581.
STÉPANOFF. Voir : Ulcère.
Stercorémie aiguë, par DUCLOS, 525 ; BAGOT, 566.
Stérilité et Obésité. par KISCH, 396.
STERNBERG. Voir : Ostéomalacie.
STEWART. Voir : Sulfonal.
STICKLER. Voir : Cocaïne.
Stomatite. Voir : Bouche,
Strabisme. Traitement, par JULLIAD, 616.
Strontium. Action de ses sels, par LABORDE, 475, 491.
Strontiane, par HUCHARD, 789, 798 ; —, 761.
Bromure, 648. Voir : Albuminurie.
Strychnine contre l'amblyopie, 769.
Sublimé. Voir : Mercure.
Suggestion. Voir : Hypnotisme, Hystérie.
Sulfure de carbone. Voir : Intoxication.

Digitized by Google

Suppuration. Bactériologie et clinique, par LANNELONGUE, 235; RECLUS, BAZY, VERNEUIL, 236.
Surmenage. Traitement, par PHILBERT, 248.
Sulfate. Voir : Cuivre, Quinine, Spartéine.
Sulfonal. Administration, par STEWART, 151 ; empoisonnement, par DILLINGHAM, 6.
Suppositoire à la glycérine, 316.
SURMONT. Voir : Rougeole.
SUTTON. Voir : Typhlite.
Suture. Nœud pour la —, par THIVOT, 39.
SWIELICKI. Voir : Accouchement.
Sycosis. Traitement, par ROSENTHAL, 374.
SYMONS. Voir : Blépharite, Soude.
Syphilis. *Etiologie* : Hérédité, par RENAULT, 511 ; par FOURNIER, 272 ; congénitale, 680.
Pathologie : — des amygdales, par MOURE, 296; par NATIER, 119; oculaire, 511; pseudo-paralysie, 594 ; syphilides pigmentaires, par RENAULT, 504; COMBY, 142; épididymite, par CUILLERET, 549 ; avortement syphilitique, par HUCHARD, 752; tertiaire, par DEBRU, 423.
Voir : Cerveau.
Traitement : Administration du mercure et des iodiques, 327, 815; injections mercurielles, par BROUSSE, 598; par EICH, 735; ZALENEFF, 533, 597; par l'europhène, 548; par le perchlorure de mercure, par WHITE, 403; par le salicylate de mercure, par ELOY, 437; excision des chancres, par HUMBERT, 504; JULLIEN, 473; MAURIAC, 393. Voir : Chancres.
Hygiène : par RENAULT, 310, 325, 669, 687 ; — et prostitution, par BUTTE, 9 ; en Autriche, 460; — préventive, par WATROSZEWKI, 292; prophylaxie, par TOURNIER, 395.
Syringomyélie et maladie de Morvan, par JOFFROY, 142.
SZÈNES. Voir : Oreille.
Syzigium jambolanum : dans le diabète, par LEWASCHEW, 229.
SZEZYPIORSKY. Voir : Cerveau.

T

Tabac. Intoxication par —, par AUCHÉ, 229 ; troubles cardiaques, par PATTÉ, 56.
Tabes et hystérie, par SYREDEY, 730.
Tachycardie Voir : Cœur.
TALAMON. Voir : Cœur.
TALMA. Voir : Foie.
Talon. Aiguille dans le —, 427.
Tænia. — multiples par DUCAZAL, 330 ; traitement chez les enfants, par ELOY, 584 ; — par la fougère mâle, 28.
TAPRET. Voir : Tuberculose.
Tartrate ferrico-potassique, par HUCHARD, 391.
TAVEL. Voir : Eau salée.
Tellurate *de soude* contre sueurs des phtisiques, 67, par COMBEMALE, 104.
Tendon d'Achille. Suture du —, par FÉLIZET, 393.
TER-GRIGORIANTZ. Voir : Aménorrhée.
Terpine. Iodure de — dans les maladies du poumon, par GREZY, 151.
TERRIER. Voir : Abdomen, Biliaire, Epithélioma, Laparotomie, Rectum.
TERRILLON. Voir : Cancer, Foie, Hystérectomie, Nephrectomie, Mesentère, Ovaires, Salpingite, Testicule, Utérus.
TESSIER. Voir : Grippe.
Testicule. Lymphadénome du —, par TERRILLON, 44 ; Ectopie et traitement, par FÉLIZET, 458; — tuberculeux, par VERNEUIL, 374 ; Orchidopexie et suites, par MARCHAND, 439.
Tétanos d'origine équine, par ESPAGNE, 489 ; — dans la grossesse. Voir : Accouchements, Enfants.
Etiologie, par FROMAGEOT, 324.
Tête dernière. Voir : Accouchement, Obstétrique.
Tic douloureux, par DANA, 134. Voir : Artériel.
TILLAUX. Voir : Anatomie.
Tinctothérapie dans tumeurs inopérables, par MOSETIG-MOORHOF, 146.
TEINE. Voir : Névralgie.
Thérapeutique pathogénique, par HUCHARD, 273, 285 ; — par HAYEM, 41 ; — par LOULIÉ, 294, 602 ; — suggestive, par LIEBAULT, 533.
Térébenthine (Essence), par LUCROS, 448 ; —, par GEORGE 549.
THIBIERGE. Voir : Lèpre.
THIEL. Voir : Moussenine.
THIERRY. Voir : Responsabilité.
THIERY. Voir : Circoncision.
Thiol. Voir : Ichthyol.
THIRIAR. Voir : Intestin.
THIVOT. Voir : Sutures.
THOINOT. Voir : Typhus
Thomsen (*maladie de*). Vision dans la —, par RAYMOND, 377.
Thyroïdite suppurée, par NICAISE, 345.
Tolérance des médicaments, par FERÉ, 91.
Topoalgie, par BLOCQ, 359.
TOURNIER. Voir : Cancer, Hystérie, Laparotomie, Médiastin, Périthyphlite, Sciatique, Splenique.
Toux auriculaire, par COMPAIRET, 402 ; — convulsive et traitement, par SCHUND, 521.
Toxicologie. Voir : Empoisonnements.
Toxidermies médicamenteuses, par ELOY, 607.
Trachée. Corps étrangers de la —, par ROUTIER, 345.
Trachéotomie. Voir : Croup.
Transparence des tumeurs, par GARIEL, 331.
TREILLE. Voir : Impaludisme.
TRELAT Voir : Chirurgie.
Tremblement héréditaire, par DEBOVE, 440.
Trépanation. Voir : Epilepsie.
TRÈVE. Voir : Typhlite.
Trichloro-acétique (*acide*) en rhinologie, par GLUTZMANN, 212.
Tricophytie circinée. Traitement par la rhubarbe, par BERTRAND, 410.
TRIPET. Voir : Chlorose.
TROITZKI. Voir : Antipyrine, Coqueluche, Lavages.
TRUC Voir : Entropion.
TRZEBERCKY. Voir : Empoisonnement.
Tubage. Voir : Larynx.
Tuberculose. *Etiologie* alimentaire, 554 ; — et prophylaxie, 535 ; hérédité, 535, 614 ; diagnostic, par CAZENAVE, 742 ; contagion, 536 ; — par GRIMARD, 396 ; — par OLLIVIER, 126 ; par CHEVALIER, 90 ; — par chemins de fer, 538 ; — dans l'armée, 256 ; — des porcelainiers, 536. Bactériologie, 245, 518, 520 ; guérison relative de la —, par WOLFF, 268.
Pathologie : Péritonite tuberculeuse, par MONNIER, 726 ; décoloration des selles dans —, 794 ; pseudo —, par HAYEM, 459 ; pseudo — hystérique chez les enfants, par OLLIVIER, 633 ; arrêt de la —, 569.
Traitement par vaccin, 6, 233 ; — testiculaire et épididymio-vesiculectomie, 634 ; — et castration, par GUYON, 561 ; — et naphtol camphré, 634 ; — du péritoine et laparotomie, 506 ; — par LANNELONGUE, 441, 475 ; — de la tuberculose articulaire, par LAURENT, 495 ; — laryngée, par GORIS, 452 ; — symptomatique, par HUCHARD, 66 ; — des sueurs des phtisiques, 66 ; — de la fièvre, 68 ; — de la tuberculose osseuse par injections intra-articulaires, 663. Résection pour tuberculose osseuse, par SCHWARTZ, 717 ; médications de la —, par ELOY, 446 ; injections de camphre par HUCHARD et FAURE-MILLER, 519; — par ALEXANDRE, 513 ; — par air créosoté, par TAPRET, 519 ; — et injections créosotées, 519 ; — et huile de foie de morue créosotée, par KOHOS, 817 ; — et gaïacol, 680 ; —, par GREGG, 785 ; — par PICOT, 143 ; — et gaïacol iodoformé, par GUIBERT, 580 ; — par hélénine, 569 ; — par krystol violet, 633 ; par iodoforme et serum de sang de chien, par SEMMOLA, 519 ; — et mercure, 358 ; — et sérum de sang de chien, par FEULARD, 473 ; — 518 ; — et tellurate de soude, 801 ; — et tuberculine, par DEBOVE, 490 ; — 667 ; — par KOCH, 708. Voir : Alcoolisme, Antipyrine, Iodoforme, Scrofule, Testicule.
Tuménol en dermatologie, 818.
Tumeurs. Leur diagnostic, 825. Leur translucidité, par PONCET,

Digitized by Google

347; — malignes du poumon, par SCHALBE, 472; — blanches et huile iodoformée, par BOURSIER, 360.
TUFFIER. Voir : Accouchements, Calculs, Phtisie, Poumon, Typhlite.
TURNER. Voir : Influenza.
Tympan. Relâchement de la membrane du —, par LANNOIS, 70.
TYNDALL. Voir : Tuberculose.
Typhlite. Intervention chirurgicale, par TUFFIER, 209 ; traitement antiseptique, par ELOY, 123 ; — de l'appendicite, par ALLINGHAM, TRÈVE, etc.. 140.
Typhus exanthématique, par THOINOT, 635.

U

Ulcères. Traitement des — par la chaleur, par STEPANOFF, 691 — par eau oxygénée, 713. Voir : Jambe, Varices.
Uretère. Drainage des — et technique, 665.
Urèthre. Antisepsie de l'—, 545 ; Rétrécissement chez la femme, par FILSEN, 530 ; Extraction des sondes brisées dans l'—, par DESNOS, 497, 513.
Urine. Toxicité de l'—, par SEMMOLA, 507 ; substance thermogène de l'—, par BINET, 755.
Urticaire de la luette, par LAVERAN, 440 ; — et antipyrine, 235.
Utérus. *Pathologie* : — et troubles du cœur, par REUSSEL, 56 ; Hernie utérine abdominale, par SPERLING, 198 ; Fibrôme de l'—, diagnostic avec cancer, par ROUTIER, 187 ; Annexes, accidents de leur extirpation, par SPENCER, WELLS, LAWSON TAIT, LE DENTU, TERRILLON, BOUILLY, RICHELOT, POZZI, SEGOND, ROUTIER, 235 ; Rupture de l'—, voir : Accouchements ; Prolapsus de l'—, par PICQUÉ, 546 ; Rigidité de l'— gravide, par WRIGHT, 370 : — gravide, par FAIVRE, 133 ; Formes anormales de l'— gravide, par DEMELIN, 450 ; molluscum du col, par MARTIGNY, 807.
Traitement : Pansements au dermatol, 727 ; Dilatation du col de l'—, par MARAIS, 416 ; Traitement du cancer du —, par POTHERAT, 141 ; Hystérectomie vaginale, par SEGOND, 141 ; —, par SCHWARTZ, 477 ; —, par BOUILLY, 256 ; Endométrite, traitement, par DUMONTPALLIER, 508 ; Catarrhe de l'— et traitement, 248 ; Rétro-déviation de l'—, par ROUTIER, 72 ; Ventrofixation de l'—, par SPERLING, 353 ; Amputation du col, par BAKER, 696 ; Fibrômes de l'—, par AUDRY, 24 ; — cancer et curettage, par SCHWARTZ, 113 ; — Endométrite et curettage, par LE DENTU, 63 ; Curettage, par SCHWARTZ, 615 ; Pilules contre les douleurs utérines, 822. Voir. Accouchement, Métrorrhagies.
Uvéite. Voir : Iris.

V

Vaccination obligatoire, par BROUARDEL, 143 ; —, par LE FORT, 111 ; — et variole, 128 ; — dans les Colonies, par HERVIEUX, 30 ; Revaccinations, 868 ; —, par CRÉQUY, 96 ; Transformation des virus, 683 ; — en Egypte, 144.
Voir : Variole.
Vagin. Voir : Kystes.
Vaginite. Traitement antiseptique, 311.
Vaisseaux. Pulsations artérielles et battements veineux du cou, par HUCHARD, 735.
VALENTIN. Voir : Ophtalmie.
VALUDE. Voir : Cornée, Ophtalmie, Sublimé.
VAN DOLT. Voir : Lichen.
Varicelle. Du rash dans la —, par CHAUFFARD, 424 ; — par GAILLARD, 410.
Varices, 808 : Traitement des ulcères variqueux, par ELOY, 724.
Varicocèle et résection du scrotum, par WICKHAM, 781.
Variétés, 524, 731, 754.
Variole. Origine commune de la — et de la vaccine, par DU CASTEL, 562 ; Traitement de la —, 580, 599 ; par DE PAOLA, 531 ; — en Allemagne en 1890, 460.
VARIOT. Voir : Alopécie.
VATON. Voir : Cystocèle.
VAUGHAN. Voir : Diarrhée.
VENNEMAN. Voir : Héméralopie.
VERCHÈRE. Voir : Epilepsie.
Verge. Son étranglement, 826.
VEREGELY. Voir : Injections.
VERNEUIL. Voir : Colonne vertébrale, Suppuration, Testicule.
VERNON. Voir : Diphtérie, Soude.
VERREY. Voir : Kératite.
Verrues. Pathogénie et traitement, par PAYNE, 579.
Vers intestinaux des enfants, par LAUGER, 212.
Vésicule séminale, tuberculeuse, par ROUX, 236.
Vessie. *Hernie* étranglée d'un diverticule vésical, par PELZ, 352.
Corps étrangers de la —, par POTHERAT, 73.
Tumeurs de la —, par LAVAUX, 440.
Cystite : Traitement par acide oxalique, par MARSH, 417 ; —, par acide salicylique, par BRYZON, 696.
Hémorrhagique, traitement, par MEYNIER, 723. Voir : Urèthre.
VIBERT. Voir : Blennorrhagie.
Vichy (Eau de), par CYR, 148.
Vigilambulisme. Voir : Hystérie.
VIGUIER. Voir : Rétinol.
Vin de figues, par CARLES, 379 ; — composé, 804.
VINAY. Voir : Lait.
VINIWARTER. Voir : Rotule.
VIRCHOW. Voir : Lymphe de Koch.
Virus. Trrnsformation des —, 696.
Vitiligo, par MATHIEU, 504.
VLADIMIRSKY. Voir : Estomac.
VOGT. Voir : Piperazidine.
Voies aériennes. Voir : Corps étrangers, par SCHWARTZ, 185.
VOLHMANN. Voir : Digestion.
Vomissements. De la grossesse, 171 ; traitement par morphine, par LIÉGEOIS, 74 ; — par menthol, 261.
VAN MOTNITZ. Voir : Dents.
Vulnéraire contre épilepsie, par CADÉAC, 392.
Vulvo-vaginite des petites filles, par COMBY, 474 ; traitement, 822.

W

WANERMANN. Voir : Urèthre.
WATROSZEWKI. Voir : Syphilis.
WATSON. Voir : Morphine.
WEBER. Voir : Cœur.
WEBSTER. Voir : Rétine.
WEDENSKY. Voir : Gangrène.
WEIL. Voir : Fièvre typhoïde.
WEISGERBER. Voir : Sahara.
WEISS. Voir : Ecriture.
WELANDER. Voir : Adénite.
WELCH. Voir : Chloral, Diphtérie.
WELLS. Voir : Utérus.
WHEELER. Voir : Péritonite.
WHITE. Voir : Syphilis.
WHITERED. Voir : Iléite.
WIDAL. Voir : Foie.
WILDE. Voir : Coronaires.
WILKS. Voir : Alcool.
WILLIAMS. Voir : Phtisie.
WILSON. Voir : Blennorrhagie.
WOLFF. Voir : Hernie, Tuberculose.
WRIGHT. Voir : Utérus
WURTZ. Voir : Bacille lactique.

X

XANTHOPSIE. Voir : Ictère.

Z

ZACCHARINE. Voir : Biliaire, Cœur.
ZELEMEFF. Voir : Syphilis.
Zona. Du trijumeau, par BARTHÉLEMY, 504 ; — bucco-pharyngien et angine herpétique, par POUZIN, 758.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 06980 8296

Digitized by Google

Digitized by Google